EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

J. LÉVY-VALENSI

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
—
1929

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18

A la mémoire de mes Maitres :

Les Professeurs Raymond, Gilbert-Ballet, Dejerine, Madame Dejerine.

A mes Maitres :

Les Professeurs H. Roger et H. Claude.

Ces pages, où j'ai essayé d'enseigner, pâle reflet de leur enseignement.

TITRES ET FONCTIONS

TITRES UNIVERSITAIRES

Docteur en Médecine (1910).

Chef de clinique-adjoint des Maladies nerveuses (1910).

Chef de clinique des Maladies mentales: adjoint (1911); titulaire (1912).

Admissibilité (*ex-æquo*) à l'agrégation de Médecine (1920) (2e concours).

Aptitude aux fonctions d'Agrégé pour la Neurologie et la Psychiâtrie (1926).

Chargé des fonctions d'Agrégé de Psychiâtrie (1927 et 1928 et du 1er mars 1929).

TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux de Marseille (1898).

Externe des Hôpitaux de Paris (1900).

Interne Pre (1905).

Interne des Hôpitaux (1906).

Admissibilité au concours de Médecin des Hôpitaux: anonymat (1913); admissibilité (1914).

Médecin des Hôpitaux (1921).

Chef de service à l'Hôpital de Brévannes (1924).

Assistant à l'Hôtel-Dieu (Service des Psychopathes) de M. le Professeur Roger (1919 à 1925), de M. le Professeur Rathery (depuis 1925).

MEMBRE TITULAIRE DES SOCIÉTÉS

de Neurologie;
de Psychiâtrie;
d'Oto-Neuro-Oculistique;
de la Société Médicale des Hôpitaux;
de la Société française d'Histoire de la Médecine.

PRIX

Prix Fauvelle (*Société d'Anthropologie*).
Prix Lorquet (*Académie de Médecine*).
Prix Lallemand (Mention), *Académie des Sciences*.
Prix Herpin (Mention), *Académie de Médecine*.

ENSEIGNEMENT

Cours de Médecine légale à l'Asile Sainte-Anne (1913).

Participation à l'enseignement de M. le Professeur Claude, depuis 1922: Leçons cliniques, Cours aux stagiaires, Cours de Psychiâtrie élémentaire, de Médecine légale, de Criminologie, de Perfectionnement et sur les lois sociales.

Conférences à l'Hôtel-Dieu: Sémiologie mentale (1922); Leçons sur les Délires (1926); Cours aux stagiaires de M. le Professeur Roger (1924); Cours aux stagiaires de M. le Professeur Rathery (1928 et 1929).

Conférences diverses à la Salpêtrière (Professeur Dejerine); à l'Hôpital des Enfants Malades (Docteur Aviragnet); à la Maternité de Baudelocque (Professeur Couvelaire); à l'Association d'Enseignement médical des Hôpitaux.

TITRES MILITAIRES

Mobilisé du 2 août 1914 au 23 avril 1919.

Blessé le 14 septembre 1915 au bras droit (section du nerf cubital), invalidité 50 p. 100.

Chevalier de la Légion d'honneur le 25 septembre 1915.

Croix de guerre (citation à l'ordre de l'armée).

FONCTIONS DIVERSES

Secrétaire général de *la Semaine des Hôpitaux.*

Ancien secrétaire général de l'Encéphale; Membre du Comité de Rédaction de l'Encéphale.

Directeur, avec M. le Professeur Claude, de la Bibliothèque de Neurologie et Psychiâtrie (Maloine).

Rapporteur au XXXI[e] Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française (Blois, 1927).

Expert au Centre de Réforme de la Seine (Neurologie et Psychiâtrie) depuis mai 1919; surexpert depuis 1927.

TRAVAUX

LISTE CHRONOLOGIQUE

1. **Crises épileptiformes. Signe d'Argyll-Robertson. Lymphocytose. Syphilis remontant à 42 ans.** En collaboration avec M. le Professeur Gilbert-Ballet. — *Société de Neurologie*, 7 novembre 1907.

2. **Numération directe des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien.** En collaboration avec M. le Professeur Nageotte. — *Société de Biologie*, 7 décembre 1907.

3. **Méningite tuberculeuse et hoquet.** En collaboration avec M. Gandy. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 21 janvier 1908.

4. **Lacunes de désintégration cellulaire dans un système nerveux d'hérédo-syphilitique.** En collaboration avec M. A. Barbé. — *Société de Neurologie*, 2 avril 1908.

5. **Deux cas de délire de persécution à forme démonomaniaque développés chez des débiles à la suite de pratiques spirites.** En collaboration avec M. Boudon. — *Société de Psychiâtrie*, 18 juin 1908.

6. **Paralysie générale juvénile. Hérédité syphilitique. Symptômes apraxiques.** En collaboration avec M. le Professeur Claude. — *Société de Psychiâtrie*, 16 juillet 1908.

7. **Diplégie brachiale polynévritique, à début apoplectiforme, avec troubles mentaux, au cours d'une intoxication saturnine chronique.** En collaboration avec M. le Professeur Claude. — *Société de Neurologie*, 5 novembre 1908; *Revue neurologique*, 30 nov. 1908.

8. **Un cas d'ictère hémolytique congénital.** En collaboration avec M. Jacob. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 5 février 1909.

9. **Délire de médiumnité à caractère polymorphe.** En collaboration avec M. Lerat. — *Société médico-psychologique*, 22 février 1909.

10. **Diagnostic de la tuberculose au laboratoire (étude de quelques notions récentes).** — *Gazette des Hôpitaux,* 27 février 1909.

11. **Influence des évacuations minimes sur la résorption des épanchements pleuraux.** En collaboration avec M[lle] Pouzin. — *Société Médicale des Hôpitaux,* 11 mars 1910.

12. **Syndrome confusionnel avec négativisme secondaire. Lésions méningo-corticales. Modification des symptômes sous l'influence d'une fièvre typhoïde.** En collaboration avec M. le Professeur Claude. — *Société de Psychiâtrie,* mai 1909.

13. **Analyse chimique des expectorations. Application au diagnostic.** En collaboration avec M. le Professeur Roger. — *Société Médicale des Hôpitaux,* 20 juillet 1909.

14. **Syphilis cérébrale avec lésions multiples. Gommes du corps calleux.** En collaboration avec M. le Professeur Claude. — *L'Encéphale,* janvier 1910.

15. **Un cas de Psammome de la dure-mère.** En collaboration avec M. Belin. — *Société Anatomique,* 18 février 1910.

16. **Cancer latent de l'œsophage. Mort par ulcération de l'aorte. Généralisation du néoplasme.** En collaboration avec M. Godlewski. — *Société Anatomique,* 18 février 1910.

17. **Rein en fer à cheval.** En collaboration avec M. Vignal. — *Société Anatomique,* 18 février 1910.

18. **Albumino-réaction des expectorations.** En collaboration avec M. le Professeur Roger. — 20 avril 1910.

19. **Spiritisme et folie.** — *L'Encéphale,* juin 1910.

20. **Etude d'un cerveau sans commissures.** En collaboration avec M. Roy. — *Société Anatomique,* juin 1910.

21. **Le corps calleux. Etude anatomique, physiologique et clinique.** — Thèse, 216 pages. Steinheil, 10 juillet 1910.

22. **Les nouveaux signes diagnostiques et pronostiques de l'hémiplégie organique.** — *Progrès Médical,* 24 septembre 1910.

23. **Considérations à propos de deux cas d'hémoglobinurie paroxystique.** — *Gazette des Hôpitaux,* 29 septembre 1910.

24. **L'apraxie.** — *Progrès Médical,* 8 octobre 1910.

25. **Le Professeur Raymond.** — *Progrès Médical,* 15 octobre 1910.

26. **Pathologie du corps calleux.** — *Gazette des Hôpitaux,* 9 nov. 1910.

27. **Paralysie générale juvénile chez un malade dont le père et la mère sont morts de paralysie générale.** En collaboration avec M. BAUDOUIN. — *Société de Psychiâtrie,* 17 novembre 1910.

28. **Considérations sur l'état démentiel dans la démence précoce.** En collaboration avec M. le Professeur CLAUDE. — *Société de Psychiâtrie,* 17 novembre 1910.

29. **Eléments de médecine mentale.** — *Progrès Médical,* 26 nov. 1910.

30. **De l'hémiplégie homolatérale dans les tumeurs cérébrales.** En collaboration avec M. le Professeur CLAUDE et le Docteur VINCENT. — *Revue Neurologique,* décembre 1910.

31. **Amnésie à prédominance antérograde au cours d'une syphilis cérébrospinale.** En collaboration avec M. le Professeur CLAUDE. — *Société de Psychiâtrie,* 10 janvier 1911.

32. **Physiologie du corps calleux.** — *Presse Médicale,* 28 janvier 1911.

33. **Ependymite subaiguë avec hydrocéphalie. Cavités médullaires du type syringomyélique.** En collaboration avec M. le Professeur CLAUDE et M. le Docteur Cl. VINCENT. — *Presse Médicale,* 11 février 1911.

34. **Viscosité du liquide céphalo-rachidien.** — *Gazette des Hôpitaux,* avril 1911.

35. **La numération des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien pour apprécier l'évolution des lésions et l'action thérapeutique dans les maladies nerveuses syphilitiques.** En collaboration avec M. MILIAN. — *Société Médicale des Hôpitaux,* 12 mai 1911.

36. **L'albumino-réaction dans la tuberculose pulmonaire.** En collaboration avec M. le Professeur ROGER. — *Presse Médicale,* 20 mai 1911.

37. **Dilatations variqueuses des veines spinales postérieures.** En collaboration avec M. JUMENTIE. — *Société de Neurologie,* 9 juin 1911.

38. **Paraplégie cervicale d'origine traumatique. Ecrasement de la moelle épinière au niveau du VIIe segment cervical. Abolition de la motilité et de la sensibilité au-dessous de la lésion. Limitation radiculaire des troubles moteurs et sensitifs au-dessus de la lésion. Abolition des réflexes tendineux, conservation des réflexes cutanés. Troubles vaso-moteurs et sudoraux.** En collaboration avec M. le Professeur Dejerine. — *Société de Neurologie*, 6 juillet 1911.

39. **Une forme littéraire du délire d'interprétation. Berbiguier de Terre-Neuve du Thym.** — *L'Encéphale*, septembre 1911.

40. **Numération des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien** (Méthode de Nageotte). — *Paris Médical*, 11 novembre 1911.

41. **Paralysie générale juvénile.** En collaboration avec M. A. Barbé. — *Société de Psychiâtrie*, 15 février 1912.

42. **Un cas de barrage de la volonté.** En collaboration avec M. A. Barbé. — *Société de Psychiâtrie*, 15 février 1912.

43. **L'albumino-réaction des expectorations chez les tuberculeux** (Réaction de Roger). — *Paris Clinique et Thérapeutique*, 5 mars 1912.

44. **Trente ans de psychose hallucinatoire sans démence.** — *Société de Psychiâtrie*, 25 avril 1912.

45. **Un cas de délire spirite.** En collaboration avec M. Genil-Perrin. — *Société de Psychiâtrie*, 17 décembre 1912.

46. **Maladies des méninges rachidiennes.** En collaboration avec M. le Professeur Claude. — *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*, fasc. XXXV, 1912.

47. **Diagnostic des tumeurs encéphaliques.** *Paris Clinique et Thérapeutique*, 20 janvier et 5 mars 1913.

48. **Un cas de délire d'interprétation à caractère pseudo-onirique.** En collaboration avec M. Genil-Perrin. — *Société de Psychiâtrie*, 22 mai 1913.

49. **Interprétations délirantes, fabulation et affaiblissement intellectuel.** En collaboration avec M. Génil-Perrin. — *Société de Psychiâtrie*, 22 mai 1913.

50. **Cuti-réaction à la tuberculine chez les aliénés.** En collaboration avec M. Génil-Perrin. — *Société de Psychiâtrie*, 19 juin 1913.

51. **Délire d'imagination et psychose périodique.** En collaboration avec M. Vinchon. — *Société de Psychiâtrie*, 23 octobre 1913.

52. **Hematrophie faciale congénitale.** *Paris Médical*, 31 janvier 1914.

53. **Paralysie radiculaire obstétricale du plexus trachéal.** En collaboration avec MM. Bonnaire et Vignes. — *Société de Neurologie*, 12 février 1914.

54. **Quelques considérations sur la ponction lombaire.** — *L'Hôpital*, mai 1914.

55. **Gliome du corps calleux et du lobe pariétal gauche, apraxie bilatérale. Mort par ponction lombaire.** En collaboration avec M. Laignel-Lavastine. — *L'Encéphale*, mai 1914.

56. **Notes sur quelques faits cliniques.** — *Presse Médicale*, 27 mai 1915.

57. **Forme cachectisante de la fièvre typhoïde.** — *Société Médicale des Hôpitaux*, 18 juin 1915.

58. **Caractères cliniques et courbe thermique de la fièvre paratyphoïde.** — *Presse Médicale*, 18 novembre 1915.

59. **Syphilis latente des Arabes. Réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien.** En collaboration avec M. le Professeur Sicard. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 30 juin 1916.

60. **Le Professeur Gilbert Ballet. Souvenirs d'Hôpital.** — *Paris Médical*, juin 1916.

61. **Paralysie dissociée par lésion du sciatique poplité externe. Ligature de l'artère fémorale. Etat ligneux des muscles du mollet.** — *Société de Neurologie*, 7 décembre 1916.

62. **Syndrome pseudo-bulbaire dissocié par blessure cranio-cérébrale unilatérale.** En collaboration avec M. André-Thomas. — *Société de Neurologie*, 8 novembre 1917.

63. **Sur la douleur au pincement dans les blessures des nerfs périphériques.** En collaboration avec MM. André-Thomas et J. Courjon. — *Société de Biologie*, 17 novembre 1917.

64. **Sur un cas de restauration rapide après suture du nerf médian.** En collaboration avec MM. André-Thomas et G. Pascalis. — *Société de Neurologie,* 6 décembre 1917.

65. **Le spasme vasculaire dans la claudication intermittente du membre inférieur.** En collaboration avec M. André-Thomas. — *Paris Médical,* 19 janvier 1918.

66. **Causalgie du nerf médian à la suite d'une lésion de l'avant-bras. Incision exploratrice. Intégrité du nerf. Guérison.** — *Société de Neurologie,* 7 mars 1918.

67. **Section du nerf cubital. Attitude atypique par hypertonie excessive des muscles antagonistes.** En collaboration avec M. André-Thomas. — *Société de Neurologie,* 7 mai 1918.

68. **Névralgie phrénique radiculaire.** En collaboration avec M. R. Aboulker et Mlle Brian. — *Paris Médical,* 15 juin 1918.

69. **Deux cas de greffe nerveuse chez l'homme avec retour partiel de la motilité et de la sensibilité.** En collaboration avec M. le Professeur Gosset et M. André-Thomas. — *Société de Biologie,* 6 juill. 1918.

70. **La névralgie sciatique pendant la guerre.** En collaboration avec M. André-Thomas. — *Revue de Pathologie de guerre,* 1918, n° 6.

71. **Les signes de localisation dans les tumeurs de l'encéphale. Le rôle de l'œdème cérébral dans la genèse des symptômes.** En collaboration avec MM. André-Thomas et Albert Besson. — *Société de Neurologie,* 7 novembre 1918.

72. **Syndrome de la calotte protubérantielle. Hémiplégie alterne. Hémiasynergie directe. Hémiataxie croisée. Autopsie.** En collaboration avec M. Oulmont. — *Société de Neurologie,* 6 février 1919.

73. **L'invalidité dans la paralysie du nerf cubital.** — *Paris Médical,* 4 octobre 1919.

74. **Albumine d'expectoration et albumine du sérum.** En collaboration avec M. le Professeur Roger. — *Société de Biologie,* 12 nov. 1919.

75. **Association des constitutions psychasthénique et paranoïaque. Délire de persécution à caractère spécial.** En collaboration avec M. H. Biancani. — *Société de Psychiâtrie,* 18 décembre 1919.

76. **Paralysie générale au début avec reconnaissance des symptômes et conservation de l'émotivité et de l'auto-critique.** En collaboration avec M. E. Biancani. — *Société de Psychiâtrie*, 18 mars 1920.

77. **Délire alcoolique subaigu avec hallucinations seulement auditives. Régression rapide avec etade d'hallucinations conscientes, sous l'influence de la persuasion.** En collaboration avec M. H. Biancani. — *Société de Psychiâtrie*, 18 novembre 1920.

78. **Eléments des types parkinsonien et pseudo-bulbaire au cours de l'évolution d'une encéphalite létbargique. Rire et pleurer spasmodiques (Localisation pallidale?).** En collaboration avec M. E. Schulmann. — *Société de Neurologie*, 2 décembre 1920.

79. **Syndrome cérébelleux et syndrome vestibulaire.** — *Revue de Médecine*, n°° 11 et 12, 1921.

80. **Maladies du cervelet et de l'isthme de l'encéphale.** En collaboration avec M. le Professeur Claude. — *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*, 1922, J.-B. Baillière et Fils, édit., un vol. de 440 p., 104 fig.

81. **Syndrome cérébelleux et syndrome vestibulaire.** — 1922, un vol. de 63 pages, avec 16 figures. Alcan, édit.

82. **Les psychonévroses.** En collaboration avec M. le Professeur Claude, dans les « *Maladies nerveuses* », t. II, collection Gilbert et Fournier, 67 pages, 1922.

83. **Sémiologie mentale. Examen d'un aliéné.** — *Paris Médical*, 22 av. 1922.

84. **Au sujet du « Traité de métapsychique »**, de M. le Professeur Richet. — *L'Encéphale*, mai 1922.

85. **L'albumino-réaction des expectorations (réaction de Roger, dans la tuberculose pulmonaire).** — *Journal Médical Français*, sept. 1922.

86. **Un cas d'amaurose par intoxication oxycarbonée. Hémorragies juxta-papillaires.** En collaboration avec MM. L. Claude et A. Rochard. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 14 et 28 mars-4 av. 1924.

87. **Diagnostic précoce de la paralysie générale de l'adulte.** — *Progrès Médical*, 19 avril 1924.

88. **De la raison à la folie. Tendances, constitutions, maladies mentales.** — *La Science moderne*, juillet 1924.

89. **Amnésie antérograde chez un tuberculeux.** En collaboration avec M. Stieffel. — *Société de Psychiâtrie,* 18 décembre 1926.

90. **Polynévrite sensitivo-motrice survenue après un pneumo-thorax chez une tuberculeuse.** En collaboration avec MM. Philbert et Lechaux. — *Société Médicale des Hôpitaux,* 18 décembre 1924.

91. **Précis de diagnostic neurologique.** 1925. Un vol. de 600 pages, avec 395 figures, J.-B. Baillière et fils, édit.

92. **Encéphalopathies infantiles.** — 91 pages, 73 figures. *Nouveau Traité de Médecine.* 1925, fasc. XIX, Masson, édit.

93. **Topographie cranio-encéphalique.** — 21 pages, 20 figures. *Nouveau Traité de Médecine.* 1925, fasc. XIX, Masson, édit.

94. **Syndromes corticaux.** — 53 pages, 17 figures. *Nouveau Traité de Médecine.* 1925, fasc. XIX, Masson, édit.

95. **Le service des psychopathes de l'Hôtel-Dieu.** En collaboration avec MM. Triboulet et Stieffel. — *Société Médicale des Hôpitaux,* 11 janvier 1925.

96. **Les névrites des tuberculeux.** — *La Médecine,* février 1925.

97. **Névrite tuberculeuse du musculo-cutané.** En collaboration avec MM. A. Feil et Minot. — *Société Médicale des Hôpitaux,* 13 mars 1925.

98. **Trois cas de délire d'influence.** En collaboration avec MM. Baruk et Callegari. — *Société de Psychiâtrie,* 23 avril 1925.

99. **Un nouveau cas de névrite du musculo-cutané chez un tuberculeux.** En collaboration avec MM. A. Feil et Pérono. — *Société Médicale des Hôpitaux,* 24 avril 1925.

100. **Louis d'Orléans. Le fils du Régent. Etude de psycho-pathologie historique.** — *Æsculape,* juillet, août et septembre 1925.

101. **L'automatisme mental et les délires hallucinatoires chroniques.** — *Paris Médical,* 12 septembre 1925.

102. **Délires polymorphes.** — *Semaine des Hôpitaux,* 8 mai 1925.

103. **Délires des mélancoliques.** — *Semaine des Hôpitaux,* 22 mai 1925.

104. **Les idées délirantes.** — *Semaine des Hôpitaux,* 9 octobre 1925.

105. **Désagrégation psychique et automatisme mental.** — *Semaine des Hôpitaux,* 9 octobre 1925.

106. **Syntones, schizoïdes et schizophrènes. Essai de schématisation.** — *Paris Médical,* 15 octobre 1925.

107. **Les délires toxiques et infectieux.** — *Semaine des Hôpitaux,* 23 octobre 1925.

108. **Les délires des toxicomanes.** — *Semaine des Hôpitaux,* 23 oct. 1925.

109. **Délires démentiels.** — *Semaine des Hôpitaux,* 30 octobre 1925.

110. **Délires d'influence.** — *Semaine des Hôpitaux,* 30 octobre 1925.

111. **Psychose hallucinatoire chronique.** — *Semaine des Hôpitaux,* 6 novembre 1925.

112. **Délires d'interprétation et de revendication.** — *Semaine des Hôpitaux,* 6 novembre 1925.

113. **Précis de Psychiâtrie.** — Collection Gilbert et Fournier. 1926, 504 pages, avec 108 figures, J.-B. Baillière et Fils, édit.

114. **Les délires.** — Conférences de clinique psychiatrique élémentaire, 91 pages. — *Société d'Edition de l'Association d'enseignement médical des Hôpitaux de Paris.*

115. **Les vertiges.** En collaboration avec M. E. Halphen, — *Bibliothèque de Neurologie et Psychiâtrie.* 1926, 120 pages, 41 figures. Maloine, édit.

116. **Le rêve et la psychanalyse.** — *Semaine des Hôpitaux,* 9 avril 1926.

117. **Encéphalite épidémique à début bradypsychique.** — *Semaine des Hôpitaux,* 9 avril 1926.

118. **L'anxiété.** — *Semaine des Hôpitaux,* 4 juin 1926.

119. **Guérison dans un cas de psychose de Korsakoff.** — *Société de Psychiâtrie,* 24 juin 1926.

120. **Syndrome de Korsakoff.** — *Semaine des Hôpitaux,* 30 juillet 1926.

121. **Un neveu du Grand Condé: Jean-Louis-Charles, duc de Longueville.** — *Paris Médical,* juillet-août 1926, nos 27, 29, 32 et 36.

122. **Schizophrénie et démence précoce.** — *Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, XXX° session, Genève-Lausanne, août 1926.

123. **Un prince de Neuchâtel, dément précoce.** — *Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, XXX° session, Genève-Lausanne, août 1926.

124. **Le Panthéon de l'Hôtel-Dieu.** — *Semaine des Hôpitaux*, 15 oct. 1926.

125. **Considérations sur les insomniee et leur traitement.** — *Journal Médical Français*, novembre 1926.

126. **Syndrome myasthéniforme du voile du palais, chez un tuberculeux.** En collaboration avec MM. Feil et Goldberg. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 17 décembre 1926.

127. **Une observation de zona et de varicelle chez le même sujet.** — *Société Médicale des Hôpitaux*, 17 et 24 décembre 1926.

128. **Troublee thermiques d'origine nerveuse.** — *Nouveau Traité de Médecine*, fasc. XXI.

129. **Sédimentation globulaire au cours de la psychose maniaque dépressive.** En collaboration avec MM. Montassut, Lamache et Daussy. — *Société de Psychiâtrie*, 20 janvier 1927.

130. **Idées de négation avec troubles cénesthésiques.** En collaboration avec MM. Largeau et Julien Marie. — *Société de Psychiâtrie*, 20 janvier 1927.

131. **Diagnostic du déséquilibre moteur.** — *La Médecine*, février 1927.

132. **Névralgie sciatique par compression anévrismale. Rupture de l'anévrisme. Mort.** En collaboration avec M. Delvaille. — *Semaine des Hôpitaux*, 28 février 1927.

133. **La conetitution paranoiaque.** — *Progrès Médical*, 9 avril 1927 .

134. **Charlee Foix.** — *Semaine des Hôpitaux*, 15 avril 1927.

135. **Charles Foix.** — *L'Encéphale*, avril 1927. .

136. **Influence des toxiques sur la vitesse de la sédimentation.** En collaboration avec M. le Professeur Claude, MM. Lamache et Daussy. — *Société de Biologie*, 14 mai 1927.

137. **Un cas de démonopathie type Berbiguier.** — *Société de Psychiâtrie,* 13 mai 1927.

138. **Note sur le suicide du duc de Bourbon.** — *Bulletin de la Société Française d'Histoire de la Médecine,* mai-juin 1927.

139. **Un cousin de Richelieu. Armand-Jules de la Porte, Duc de Mazarin.** En collaboration avec M. Minot. — *Æsculape,* juillet-août 1927.

140. **L'automatisme mental dans les délires chroniques hallucinatoires et d'influence. Le syndrome de dépossession.** — *Rapport au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.* XXXI[e] session, Blois, juillet-août 1927.

141. **Le syndrome de dépossession.** — *Livre d'or du Professeur Domingo Cabred,* Buenos-Ayres, 1927.

142. **Le syndrome de dépossession.** — *Bulletinul medico-terapeutique,* Bucarest, 1[er] octobre 1927.

143. **De quelques procès célèbres. L'annulation du mariage pour cause d'impuissance. Le procès de Gesvres.** — *Paris Médical,* 1[er] octobre 1927.

144. **Lord Byron. Etude de psychopathologie historique.** — *Semaine des Hôpitaux,* 15 octobre 1927.

145. **Les céphalées.** — *Nouveau Traité de Médecine.* 1928, fasc. XVIII, Masson, édit.

146. **Ataxies.** — *Nouveau Traité de Médecine.* 1928, fasc. XVIII, Masson, éd.

147. **Apraxies.** *Nouveau Traité de Médecine.* 1928, fasc. XVIII, Masson, éd.

148. **L'isolement thérapeutique des anxieux.** — *La Médecine,* février 1928.

149. **Considérations sur l'état mental dans la ménopause.** — *Journal Médical Français,* mars 1928.

150. **Roman policier. Du délire type hallucinatoire chronique au délire d'imagination.** En collaboration avec MM. Meignant et Lacan. — *Société de Psychiâtrie,* 26 avril 1928.

151. **Considérations médico-légales sur l'alcoolisme.** — *La Science Médicale pratique,* 15 juillet 1928.

152. **Syndrome de dépossession et syphilis cérébrale.** — *Paris Médical,* 5 août 1928.

153. **Suicide et homicide pathologiques.** — *Progrès Médical,* 25 août 1928.

154. **Monsieur Hamon, médecin de Port-Royal.** — *Semaine des Hôpitaux,* 15 octobre 1928.

155. **Délire spirite, obsession et pithiatisme.** En collaboration avec MM. Picard et Sohn. — *Société de Psychiâtrie,* 15 novembre 1928.

156. **Œdème papillaire, complication de la ponction lombaire.** En collaboration avec MM. Lamache et Dubar. — *La Médecine,* février 1929.

157. **Kyste hydatique intra-cranien chez un enfant; amélioration par le traitement antisyphilitique. Opération. Guérison.** En collaboration avec MM. Bourdier et Moscovici. — *Société de Neurologie,* 7 février 1929.

158. **Le Professeur Sicard.** — *Semaine des Hôpitaux,* 15 février 1929.

159. **Illusion des sosies.** En collaboration avec M. le Professeur Claude et M. Schiff. — *Société de Psychiâtrie,* mars 1929.

160. **Méconnaissance et fausses reconnaissances.** — *Semaine des Hôpitaux,* 26 février 1929.

161. **Idées de négation.** — *Semaine des Hôpitaux,* 31 mars 1929.

162. **Cénesthésie et délires.** — *Semaine des Hôpitaux,* 31 mai 1929.

163. **Tuberculose et maladie de Raynaud.** En collaboration avec MM. A. Feil et G. Durieux. — *Semaine des Hôp.,* 31 mai 1929.

164. **Psychoses puerpérales.** — *Paris Médical,* 25 mai 1929.

165. **Spiritisme et pithiatisme.** — *Semaine des Hôpitaux,* 15 juin 1929.

166. **Exostose ostéogénique du fémur.** En collaboration avec MM. A. Feil et G. Durieux. — *Semaine des Hôpitaux (Sous presse).*

167. **Bovarysme et constitutions mentales** *(Sous presse).* — *Journal de Psychologie normale et pathologique.*

168. **Illusion des sosies.** *Gazette des Hôpitaux (Sous presse).*

169. **Délires systématisés de situation.** — *Paris Médical (A paraître).*

170. **Le délire spirite.** — *Progrès Médical (Sous presse).*

171. **Hypocondrie sans délire.** — *Semaine des Hôpitaux (Sous presse).*

172. **Aphasie, apraxie et sens de l'orientation.** En collaboration avec M. le Professeur Claude. — *(A paraître).*

173. **Psychoss périodiqus st démence précocs.** En collaboration avec M. le Professeur CLAUDE. — (*A paraître*).

174. **Louvel.** En collaboration avec M. PIGOT. — *L'Hygiène mentale* (*Sous presse*).

175. **Ravaillac.** En collaboration avec M. GENDREAU. — *Paris Médical* (*Sous presse*).

176. **Motricité.**

177. **Ssnsibilité.** — *Traité de Physiologie normale et pathologique* (*Sous presse*).

178. **L'abbé Bourdslot, médecin dss Condé.** — *Semaine des Hôpitaux* (*Paraîtra le* 15 *octobre* 1929).

179. **L'affairs Nourrit de la Roncière.** En collaboration avec M. SÉGUINOT. — *L'Hygiène mentale* (*Sous presse*).

180. **Lss ambigus. L'abbé ds Choisy.** — *Æsculape* (*Sous presse*).

181. **Un internsment au XVIIe siècle. De Brisnns à Saint-Lazare.** — En collaboration avec M. JACOBI. — *Æsculape* (*Sous presse*).

182. **Chroniques profsssionnslles, médico-littérairss, stc.** — *Semaine des Hôpitaux,* 1926, 1927, 1928, 1929.

OUVRAGES EN PRÉPARATION

A. **Lss états anxisux.** En collaboration avec M. le Professeur CLAUDE.

B. **Précis de diagnostic nsurologique,** 2e *édition.*

C. **Histoire ds la médecine et dss médecins français au XVIIe siècle.**

THÈSES FAITES SOUS MA DIRECTION

I. — MÉDECINE ET NEUROLOGIE

M[lle] Grimboime. — **Contribution à l'étude de la pression artérielle dans quelquee maladies du système nerveux.** 1918.

M[me] Véteau. — **Contribution à l'étude clinique de la sciatique médicale de guerre.** 1919.

M. Perono. — **De l'albumino-réaction des expectorations dane la tuberculoee pulmonaire chronique.** 1926.

J. Loireau. — **Sur une épidémle hoepitalière de zona.** 1926.

P. Lechaux. — **Les névritee des tuberculeux.** 1926.

II. — PSYCHIATRIE ET PSYCHO-PATHOLOGIE HISTORIQUE

P. Minot. — **Sur quelques cae de psychopathie dane la famille du cardinal de Richelieu.** 1927.

Gennreau. — **La vie tourmentée de Ravalllac.** 1928.

D. Pigot. — **Louvel.** 1928.

Ghelerter. — **Les toxlcomanee au polnt de vue médico-légal et eoclal.** 1929.

H. Seguinot. — **Les mythomanee devant la justice. L'affaire de la Roncière.** 1929.

Jacobé. — **Un lnternement au XVII[e] siècle. Loménie de Brienne à Saint-Lazare.** 1929.

Vinceneux. — **Lee amblgus: L'abbé de Choisy** (*A paraître*) 1929.

III. — HISTOIRE DE LA MÉDECINE

R. Denichou. — **Un médecln du grand eiècle: l'Abbé Bourdelot.** 1928.

P. Pilpoul. — **La querelle de l'antimoine.** 1928.

De la Guerenne, — **Fagon.** *En préparation,*

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

INTRODUCTION

La liste chronologique qui précède me permettra de négliger l'exposé d'un certain nombre de recherches peu importantes ou sans portée générale. Dans les pages suivantes, je mettrai seulement en relief ce qui a plus spécialement retenu mon attention, ce sur quoi, je l'espère du moins, devra porter encore mon activité.

L'objet de cet exposé m'impose de placer au premier plan mes *ouvrages didactiques;* en présentant ensuite sucessivement mes principaux travaux en *Médecine, Neurologie, Psychiâtrie, Psychopathologie historique, Histoire de la Médecine,* je vais suivre les différentes étapes de ma route.

Afin d'éviter des répétitions inutiles je n'indiquerai pour chaque citation que la source et l'année; un chiffre donnera le numéro de la liste chronologique où l'on pourra se reporter pour plus amples renseignements.

OUVRAGES DIDACTIQUES

Ces livres ont été écrits pour les étudiants. Ils ne sont pas savants, ils essayent d'être clairs.

Ma préoccupation constante a été de simplifier, de schématiser, pour mieux faire comprendre.

Quelques-uns de mes schémas sont audacieux et feront sourire le médecin averti, ce n'est pas à lui qu'ils s'adressent; ils ont servi et serviront, je l'espère, aux débutants, c'est ma seule ambition.

A. — NEUROLOGIE

I. ***Maladies du cervelet et de l'isthme de l'encéphale,*** avec M. le Professeur Claude. — *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique.* 1922, 1 vol. gr. in-8. J.-B. Baillière et Fils (80).

Dans cet ouvrage, tout en mettant au point les différentes questions traitées, nous nous sommes efforcés de les rendre accessibles à tous, par des descriptions simples, éclairées par des figures et de nombreux schémas.

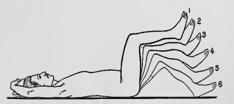


Fig. 1. — Etat normal, pas de catalepsie. Le pied s'abaisse peu à peu



Catalepsie cérébelleuse (Babinski).



Fig. 2. — Epreuve rotatoire. Rotation de gauche à droite. A l'arrêt, nystagmus gauche (le nystagmus à l'arrêt fuit le sens de la rotation). Inclinaison à droite.

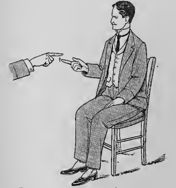


Fig. 3. — Recherche de la déviation de l'index (Barany). Dans cette attitude c'est le coude qui est exploré.

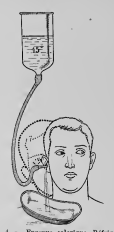


Fig. 4. — Epreuve calorique. Réfrigération de l'oreille droite. Nystagmus gauche (le nystagmus fuit l'eau froide). Inclinaison à droite.

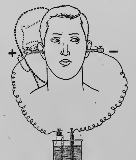


Fig. 5. — Epreuve galvanique. Le nystagmus fuit le pôle positif.



Fig. 6. — Epreuve de la résistance (G. Holmes et Stewart). A. L'observateur maintient la résistance. — B. L'avant-bras du sujet sain, après s'être fléchi, s'étend. Action des antagonistes. — C. Cérébelleux : l'avant-bras va frapper l'épaule.

Fig. 7. — Réflexe tono-dynamique (2e édit.)

II. ***Maladies des méninges rachidiennes.*** En collaboration avec M. le Professeur CLAUDE. — *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique.* 1912. J.-B. Baillière et Fils (46).

III. ***Syndrome cérébelleux et syndrome vestibulaire. — Essai de schématisation.*** 1922. 1 vol. in-8. Alcan (81).

J'ai essayé, dans ce petit ouvrage, de préciser, en m'aidant d'une schématisation importante, la physiologie pathologique des syndromes cérébelleux et vestibulaires, leurs analogies, leurs différences, pour aboutir au diagnostic. Les différentes épreuves d'exploration des deux systèmes de l'équilibration sont particulièrement exposées et schématisées.

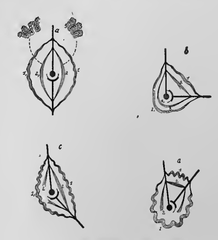


FIG. 8. — Muscle clonique (1), muscle tonique (2).
Etat normal : *a*) attitude, isosthénie; *b*) mouvement, anisosthénie mesurée.
Etat pathologique, suppression du réflexe tonique : *c*) attitude, tremblement statique et déviation, anisosthénie dysmétrique; *d*) mouvement, tremblement kinétique, hypermétrie.





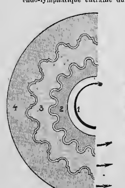


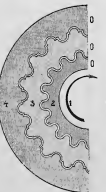
Fig. 9. — Vertige subjectif.

Rotation de gauche à droite. — A, départ; B, au cours de la rotation; C, arrêt; 2, liquide endo-lymphatique; 3, sensation de rotation du corps. — A) 1° le corps tourne de gauche à droite; 2° le liquide endo-lymphatique de droite à gauche; 3° sensation réelle du sens de la rotation. — B) 1° le corps tourne toujours; 2° le liquide est immobilisé (il tourne avec le corps); 3° la sensation de rotation a cessé. — C) 1° le corps ne tourne plus; 2° le liquide continue; 3° sensation illusoire de rotation de droite à gauche. Le vertige subjectif se fait dans le sens opposé à la rotation du liquide endo-lymphatique.



Fig. 10. — Expérience d'Ewald. L'aspiration ou la compression du liquide endo-lymphatique entraîne du nystagmus dans un sens ou dans l'autre (E. Halphen).





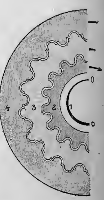


Fig. 11. — Le nystagmus et les déplacements du corps dans l'épreuve de la rotation.

Au départ, rotation de gauche à droite : 1° rotation de gauche à droite; 2° rotation de droite à gauche; 3° rotation de droite à gauche ; 4° rotation de droite à gauche annihilée en réalité par la force rotatoire.

Pendant la rotation : 1° la rotation continue; 2° le liquide est immobile ; 3° les yeux sont immobiles ; 4° le corps est immobile, tout cela relativement.

Arrêt : 1° pas de rotation; 2° le liquide continue la rotation à droite; 3° la secousse lente se fait à droite; 4° le corps tourne à droite. Les déviations suivent le liquide endo-lymphatique ou la roue endo-lymphatique commande les deux autres roues.

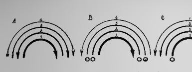


Fig. 12. — Vertige objectif.

1° Roue motrice; 2° Liquide endolymphatique; 3° Nystagmus (secousse brève); 4° Objets environnants — A, départ; B, au cours de la rotation; C, arrêt. — A, 1° Le corps tourne; 2° le liquide se déplace en sens opposé; 3° le nystagmus fait dans la direction de la rotation; 4° déplacement post-nystagmique des objets vers la droite, annihilé par le déplacement réel relatif des objets vers la gauche, pas de déplacement. — B, 1° Le corps tourne; 2° le liquide est immobilisé; 3° pas de de nysatgmus; 4° déplacement réel relatif des objets à gauche. — C, 1° Le corps ne tourne plus; 2° le liquide continue la roation à droite; 3° le nystagmus à gauche; 4° déplacement post-nystagmique à gauche des objets, vertige objectif. — Le vertige objectif, comme le subjectif, se fait dans le sens opposé à la rotation du liquide endolymphatique, dans le sens du nystagmus.

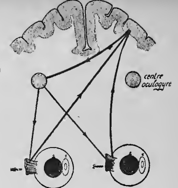


Fig. 13. — Secousse brève du nystagmus. Quand les yeux sont dans la position I (déviation ou secousse lente) un réflexe parti des muscles antagonistes va au cerveau et revient au centre oculogyre susceptible de ramener les yeux dans la position normale II.

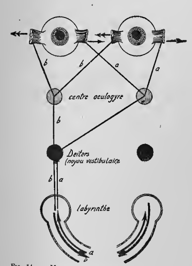


Fig. 14. — Mouvements associés des deux yeux, un seul canal semi-circulaire dirige les deux yeux dans les deux sens.

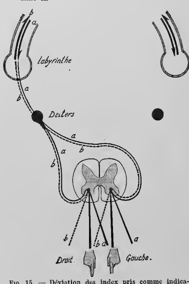


Fig. 15. — Déviation des index pris comme indicateurs de tout le corps. Mécanisme comparable au précédent, les deux index dévient comme les deux yeux, dans les mêmes conditions et probablement par le même mécanisme.

IV. ***Les vertiges.*** En collaboration avec M. Emile HALPHEN. — 1926. Maloine, édit. (115).

Démonstration sensiblement analogue à celle faite dans les pages précédentes.

V. ***Précis de diagnostic neurologique.*** — 1925. J.-B. Baillière et Fils (91).

Cet ouvrage n'est pas un manuel de neurologie et ne saurait tenir lieu d'un tel manuel. Il veut être le modeste auxiliaire, à l'hôpital et dans

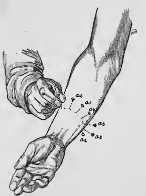


FIG. 16. — Recherche des troubles radiculaires de la sensibilité.

la pratique courante, de l'étudiant et du praticien. Il permettra au premier de faire connaissance avec la clinique neurologique, au dernier de retrouver à propos de chaque cas, sous une forme concrète, des notions parfois un peu estompées.

J'ai essayé de simplifier des problèmes qui paraissent ardus, et de dégager à propos de chaque syndrome les caractères essentiels, nécessaires au *diagnostic*, ma constante préoccupation. Chaque fois qu'il m'a été possible de le faire, j'ai indiqué la cause du syndrome, sans faire de pathogénie.

Car, ayant dit ce que je me suis proposé de faire, je dois dire aussi ce que je n'ai pas fait :

1° L'*historique*.

2° L'*anatomie pathologique*. Quand je l'ai pu, un schéma simple localise la lésion.

3° La *pathogénie*. Il n'en a pas été question, du moins en ce qui concerne les diverses hypothèses, mais j'ai tâché de donner de chaque syndrome une explication simple, pour *faire comprendre*, et *sans y attacher d'autre importance*. J'ai usé souvent de la formule « *Les choses se passent comme si...* ».

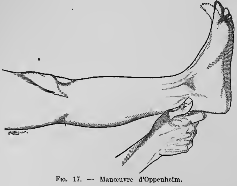


FIG. 17. — Manœuvre d'Oppenheim.

4° L'*évolution* des maladies n'a été envisagée qu'autant qu'elle facilitait le diagnostic.

5° Le *pronostic* ne m'a pas retenu.

Je n'ai fait ni de la sémiologie, ni de la nosographie, et, avec le plan que j'ai adopté j'espère seulement avoir été pratique. J'ai groupé, par chapitres distincts, les syndromes comparables entre eux, en dissociant le moins possible les maladies qu'ils constituent, et en les réunissant autour du syndrome principal. Je n'ai rien dit ou seulement peu de chose des raretés cliniques.

Je n'ai pas ambitionné d'être complet; ni essayé d'être savant. Pour écrire ce petit volume, j'ai refermé souvent mes livres et ai fait surtout appel à mes souvenirs. Je me suis remémoré mes premiers heurts avec la neurologie et ai tenté d'aplanir pour l'étudiant les aspérités de la route qui y conduit.

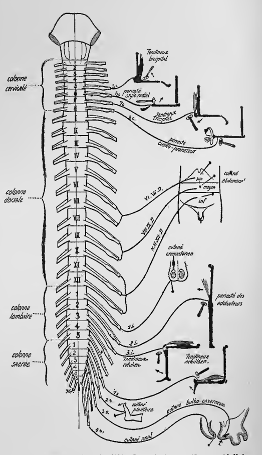


Fig. 18. — Schématisation simplifiée des principaux réflexes médullaires.

J'ai usé et abusé de comparaisons souvent puériles, multipliant les schémas qui traduisent, précisent et éclairent la pensée.

J'ai adopté la forme directe, la forme *leçon*, car plusieurs des chapitres de ce livre reproduisent des leçons faites à la Salpêtrière et à l'Hôtel-Dieu.

La traduction en espagnol de la première édition de ce *Précis* est sous presse. La 2e édition est en préparation, elle sera traduite pour les Etats-Unis.

VI. ***Ataxies.*** *Nouveau Traité de Médecine,* fasc. XVIII, Masson, éd. (146).

VII. ***Apraxies.*** *Nouveau Traité de Médecine,* fasc. XVIII, Masson, éd. (147). Voir page 57.

VIII. ***Les Céphalées.*** *Nouveau Traité de Médecine,* Masson, éd. (45).

IX. ***Troubles thermiques d'origine nerveuse.*** *Nouveau Traité de Médecine,* fasc. XVI, Masson, édit. (128).

X. ***Topographie cranio-encéphalique*** (93).

XI. ***Syndromes corticaux*** (94).

XII. ***Encéphalopathies infantiles.*** — *Traité de Médecine,* fasc. XIX, Masson, édit. (92).

XIII. ***Motricité.***

XIV. ***Sensibilité.*** — *Traité de Physiologie normale et pathologique,* de M. le Professeur Roger (*Sous presse*).

B. — PSYCHIATRIE

I. ***Les Psychonévroses*** (*in* **Maladies nerveuses,** du Professeur Claude). En collaboration avec M. le Professeur Claude. 1922. J.-B. Baillière et Fils (82).

Il nous est aussi difficile de définir les psychonévroses que de justifier leur étude dans un ouvrage de neurologie pure.

En réalité, mieux vaut avouer que, dans le mot psychonévrose, on a voulu mettre l'erreur du passé, qui étudia l'hystérie et la neurasthénie à côté des maladies nerveuses, et les tendances actuelles, qui en font justement des maladies mentales.

Pourquoi psychonévrose et pas psychose? Parce que, a-t-on dit, si le trouble primordial est d'ordre psychique, les manifestations sont du domaine somatique. Dans ce cas, pourquoi ne pas appeler psychonévrose

la démence précoce avec sa catatonie, la paralysie générale avec son tremblement, la mélancolie avec ses troubles viscéraux?

Qu'on le veuille ou non, les psychonévroses, sur le terrain scientifique, sont du ressort du psychiâtre, et, si le neurasthénique et l'hystérique s'adressent plus volontiers au neurologiste, ce sont là seulement raisons sentimentales. D'ailleurs, cette distinction doit disparaître même sur le terrain scientifique. La neurologie et la psychiâtrie doivent être une seule science.

La pathologie cérébrale est une comme la pathologie des autres organes. Que le foie réagisse à l'infection par l'ictère catarrhal, la colique hépatique, l'ictère grave ou le diabète, le même médecin sera compétent pour le traiter; que l'encéphale réagisse par de l'épilepsie, de l'hémiplégie ou du délire, il demande les soins du même médecin. La distinction du psychiâtre et du neurologiste n'est légitime que métaphysiquement; elle sous-entend l'indépendance du corps et de l'esprit, mais c'est une opinion que bien peu osent soutenir.

Scientifiquement il n'y a pas de démarcation. Il existe une pathologie nerveuse qui comprend la pathologie du cerveau, de la protubérance, du bulbe, etc. La psychiâtrie se réserverait une série de syndromes appartenant à la première.

La distinction que l'on fait encore en maladies mentales à lésions reconnues et psychoses pures sans modifications structurales de l'encéphale est sans doute appelée à disparaître. Il est plus que probable qu'un jour les méthodes histologiques et biologiques permettront de trouver le substratum de ces psychoses ou les modifications humorales qui les provoquent.

Pour nous résumer, en ce qui concerne les psychonévroses, nous pensons que scientifiquement elles appartiennent au chapitre psychiatrique de la neurologie. C'est seulement pratiquement que nous croyons devoir les traiter ici pour les raisons suivantes.

Les psychonévroses sont essentiellement des affections pathoïdes. L'hystérie simule la plupart des troubles neurologiques, la neurasthénie simule un certain nombre de ces troubles et la plupart des troubles des autres viscères. A cause de cela et un peu aussi parce que c'est là une habitude classique, les psychonévroses doivent figurer dans un manuel de neurologie.

En vertu de quel principe limitons-nous les psychonévroses à l'hystérie et à la neurasthénie? Pathologie de l'émotion, a-t-on dit? Est-ce une explication? Des trois facultés dites facultés de l'âme, pourquoi les perturbations de la seule sensibilité constitueraient-elles un groupe à part?

D'ailleurs a-t-on épuisé avec ces deux psychonévroses toute la pathologie de l'émotion ? Est-il besoin de rappeler le rôle de l'émotivité dans le développement des obsessions, de la mélancolie, des délires de revendication, etc.

Il serait inutile de défendre une délimitation qui est purement arbitraire; aussi nous bornerons-nous à dire: on entend *arbitrairement* par psychonévroses un certain nombre de faits ressortissant à des troubles dans le domaine de l'émotivité et de l'affectivité.

Hystérie

Il y a dans l'hystérie classique des faits de l'ordre mythomaniaque qui ne nous retiennent pas; tout ce qui demeure est de l'ordre émotionnel, le facteur pithiatique, *capital en importance* est *secondaire* dans l'ordre chronologique.

L'hystérie, ainsi conçue, dépend de perturbations de l'automatisme psychologique et physiologique.

L'automatisme pathologique peut être *conscient, subconscient, inconscient.*

L'*automatisme conscient* est celui des obsédés, phobiques, impulsifs (Psychasthénie de Janet).

C'est aussi, et cela est pour nous capital, celui de certains sujets dits *émotifs*. Chez eux, les réactions automatiques normales de la *vie supérieure* et de la *vie végétative* sont susceptibles d'être exagérées en durée et en intensité, d'être rappelées par un souvenir, une suggestion qui, reproduisant l'émotion, ramène le complexus émotif. A cette tendance morbide, dans laquelle une part importante doit être faite à la constitution physique, à l'état fonctionnel des systèmes sympathiques notamment, nous donnons le nom de névrose émotive, qui comprendra une *partie seulement de l'hystérie traditionnelle* et des *accidents neurasthéniques*.

b) L'*automatisme inconscient* groupe les hallucinations des *aliénés*, les actes des épileptiques, les stéréotypies des déments précoces, etc.

c) L'*automatisme subconscient* correspond à ce que nous considérons comme l'hystérie.

Neurasthénie

Elle est la conséquence essentielle de troubles émotionnels. Dans certains cas, l'épuisement nerveux peut créer le terrain sur lequel germera la *préoccupation*, cause en dernière analyse de la neurasthénie,

II. ***Précis de Psychiâtrie.*** — 1926, 1 vol. in-8. J.-B. Baillière et Fils. (113).

Cet ouvrage s'adresse, avant tout, à l'étudiant candidat aux examens de la Faculté. Le praticien pourra aussi y trouver sous une forme concrète, les notions élémentaires de médecine mentale qui lui font souvent défaut et dont l'ignorance le laisse perplexe en face du psychopathe le plus banal.

J'ai insisté longuement sur la sémiologie et l'étiologie, l'anatomie pathologique m'a moins longtemps retenu, car elle est souvent négative;

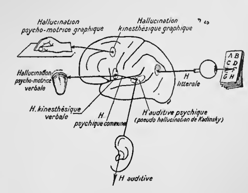


Fig. 19. — Automatisme verbal psychique et psycho-sensoriel.

les pathogénies discutées ne m'ont pas arrêté; j'aurais voulu un long et réconfortant chapitre de thérapeutique; il n'est point de ma faute, si je n'ai pu encore l'écrire tel, la médecine légale a fait l'objet d'une brève étude.

Je me suis efforcé de mettre chaque question au point, retenant les évolutions générales de la psychiâtrie, sans m'arrêter longtemps sur des points particuliers.

J'ai beaucoup hésité avant de consacrer quelques schémas à ce travail, la psychiâtrie s'adaptant mal à la schématisation et la concrétisation de faits essentiellement abstraits, prêtant quelque peu au ridicule. J'ai pensé cependant que si le lecteur sourit en voyant mes schémas, ayant souri, il n'oubliera plus.

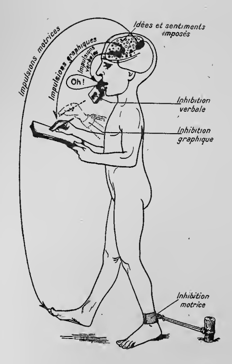


Fig. 20. — Automatisme idéatif, affectif et moteur (idées, sentiments imposés, actes imposés et inhibitions).

III. ***Les Délires.*** — 1 vol. in-8 (114).

Ce volume groupe les dix conférences faites en 1925 dans le service de M. le Professeur Roger, à l'Hôtel-Dieu.

IV. ***Sémiologie mentale.*** — *Paris Médical.* 1922 (83). 22.4.1922.

Examen d'un aliéné

Pour examiner un aliéné, armez-vous de patience, de perspicacité et de bonté. De patience parce que les réponses seront souvent longues à obtenir; de perspicacité parce que la vérité vous sera souvent voilée par un nuage et qu'il faudra deviner et capter l'étincelle qui vous la révélera; de bonté parce que vous vous pencherez sur ce qu'il y a de plus misérable parmi les misères humaines: la déchéance de ce qui fait la grandeur, la noblesse, la raison d'être de l'homme, déchéance combien plus lamentable que celle des traits, des formes et des fonctions organiques.

Mais vous êtes patients, perspicaces et bons, puisque vous êtes des médecins.

Parce que vous êtes médecins, vous serez aussi courageux, car le métier n'est pas sans danger; je ne sache pas d'ailleurs que l'aliéné soit plus meurtrier pour le médecin que l'infection, la grippe par exemple. N'exagérons pas nos risques et, pour les diminuer, soyons prudents. Ne commettons, dans notre examen, aucune maladresse susceptible de déclencher une réaction hostile, immédiate ou lointaine.

L'examen de l'aliéné est un peu différent à l'asile ou à l'hôpital, chez le malade ou dans le cabinet du médecin.

En toutes circonstances, vous vous présenterez au malade en médecin et n'écouterez pas les suggestions de l'entourage, vous invitant à dissimuler votre personnalité. Vous n'imiterez pas cet aliéniste célèbre qui se présenta à un malade sous un déguisement de chasseur, comme le raconte M. Chaslin dans un ouvrage plein de faits cliniques intéressants.

Le médecin a d'ailleurs tout intérêt à se révéler, car il jouit d'un prestige moral qui en impose, et le plus souvent le malade, après avoir manifesté son mécontentement, accepte la consultation et l'aliéné se confie.

L'examen du malade comprendra :

1° L'interrogatoire de l'entourage;

2° L'aspect du malade;

3° L'interrogatoire du malade;

4° L'examen physique;

5° Les examens biologiques.

I. **Interrogatoire de l'entourage.** — C'est une des parties les plus importantes de l'examen. En principe, les dires du malade sont sujets à caution, ils peuvent d'ailleurs manquer (agitation, réticence, mutisme);

quand l'aliéné répond, il faut comparer les renseignements qu'il fournit à ceux de l'entourage: la contradiction peut avoir son importance.

Cet interrogatoire indirect n'est pas toujours facile. On se heurte à l'inintelligence ou au mauvais vouloir, ou encore à cette sorte d'optimisme familial qui ne veut pas attacher de l'importance à certains faits; on croit volontiers ce que l'on désire.

A l'hôpital, à l'asile, les renseignements des élèves, du personnel sur la manière d'être du sujet seront très précieux.

Les renseignements vont parfois vous faire trouver la racine du mal dans le passé familial ou dans quelque incident pathologique. Vous saurez comment le sujet s'est comporté vis-à-vis des étapes physiologiques de sa vie, comment il a réagi aux nécessités sociales; vous essayerez ainsi d'établir le bilan de l'état psychique antérieur. Enfin, l'histoire de la maladie vous montrera comment le passé se relie au présent.

Tandis que l'examen du malade va en effet nous donner le *Présent*. les renseignements de l'entourage nous ont éclairés sur le *Passé*, d'où le *Contraste* qui est la loi dominante en sémiologie mentale.

Passé familial, passé physiologique, passé social, passé pathologique, passé psychique, histoire de la maladie, telles sont les six étapes que votre enquête devra parcourir.

A. Passé familial. — Il contient des notions de premier ordre. Le caractère familial des syndromes mentaux est extrêmement fréquent, qu'il s'agisse d'hérédité similaire (manie, mélancolie), ou d'hérédité dite névropathique ou mieux psychopathique. L'hérédité n'est cependant pas inéluctable, et fort heureusement, nous n'avons pas toujours les dents agacées parce que nos parents ont mangé des fruits verts.

On remontera le plus loin possible dans les antécédents directs, et l'on n'hésitera pas à pousser les investigations chez les collatéraux; toutes les tares mentales seront notées, non seulement les états nettement caractérisés avec ou sans internement, mais les dysharmonies du caractère, excentricités, originalités, *manies* (au sens courant du mot).

Vous aurez souvent de grandes difficultés pour mener à bien cette enquête; le conjoint, les parents du conjoint, un ami vous renseigneront plus volontiers que les parents immédiats; car la folie, pour l'appeler de ce mauvais mot, passe encore aujourd'hui pour une maladie honteuse; on cache ses fous; on ne confie pas volontiers ses tares familiales, même au médecin. On avoue aussi peu volontiers un aliéné qu'un criminel de droit commun. Pinel, en faisant tomber les chaînes des aliénés considérés comme des réprouvés, n'a pas fait tomber le préjugé qui les consacre tels.

Le médecin devra donc déployer, dans cette partie de l'examen, tout le tact et toute la diplomatie nécessaires.

Les antécédents pathologiques, non psychiques, ne seront pas négligés: syphilis (fausses couches de la mère, polylétbalité des enfants, leucoplasie du père, Bordet-Wassermann des parents, etc.), alcoolisme, tuberculose, etc.

B. Passé physiologique. — Le passé physiologique du malade vous fournit des notions importantes.

Naissance. — S'est-elle faite à terme? dans de bonnes conditions? La grossesse n'a-t-elle pas été troublée par des traumatismes, émotions, incidents pathologiques? etc.

Les incidents de la période de conception pourraient avoir de l'importance: chocs moraux, ivresse, etc.: l'eugénie n'est pas un vain mot.

Les premières acquisitions. — J'entends par là les premiers éléments de la vie physique et intellectuelle: premiers pas, dentition, propreté, premiers mots, éveil de l'intelligence. Cet éveil peut ne pas se faire ou être tardif et incomplet (arriérés, imbéciles, idiots).

La puberté. — Premières règles, virilité, masturbation, premiers rapports. Cette période marque souvent le début de certains états morbides (obsessions, phobies, démence précoce).

Grossesse. — Les psychoses puerpérales forment un chapitre important de la sémiologie mentale.

Règles. — Chez la femme normale, le molimen menstruel s'accompagne souvent de perturbations du caractère et chez les psychopathes, d'une recrudescence des phénomènes morbides. L'aménorrhée accompagne d'ailleurs souvent ces états.

Ménopause. — Elle joue un rôle capital dans le déterminisme des psychoses féminines, en particulier dans celui des états mélancoliques.

C. Passé social. — Les incidents sociaux sont souvent le point de départ d'états psychopathiques par le mécanisme du *choc émotionnel.*

La *première communion*, avec ses examens de conscience répétés, est un facteur de psychasthénie (scrupules, obsessions).

Les *déceptions sentimentales* marquent souvent le début de la démence précoce.

Le *mariage*, chez la jeune fille surtout, avec les hésitations avant la décision, le choc de la révélation physique, peut être un facteur de désordres psychiques.

Les *préoccupations familiales, économiques, politiques, sociales*, les *catastrophes, accidents*, etc., toute cause, en un mot, d'émotion ou de

tension nerveuse peuvent être la base de troubles mentaux. Le *surmenage intellectuel et affectif* doivent être soulignés.

D. Passé psychique. — C'est la clé de voûte du diagnostic psychiatrique. Ce diagnostic repose, en effet, le plus souvent sur des contrastes, réserves faites pour les infirmes psychiques, débiles, imbéciles, idiots, mais encore faut-il savoir s'ils ont toujours été tels: vous aurez à vous méfier de l'optimisme touchant des mamans pour lesquelles le plus complet idiot est un enfant « un peu en retard pour son âge ».

En général, je le répète, en matière de diagnostic psychiatrique, le *contraste* est tout.

J'ai conservé le souvenir d'un malade montré par Gilbert-Ballet à l'une de ses leçons de l'Asile clinique; ce malheureux, un dément, accroupi par terre, écoutait d'un air niais et indifférent de très jolis vers, de judicieuses critiques littéraires écrites par lui quelques années plus tôt. Le contraste était évident.

Dans les cas légers, on notera des nuances précieuses pour le diagnostic. On interrogera donc l'entourage sur l'intelligence, la sensibilité, la volonté, ces trois parties fondamentales du moi psychologique que nous allons retrouver sur le terrain morbide et dont arbitrairement j'isolerai l'activité et la moralité.

1° *Intelligence.*

a) Attention. — Le sujet était-il attentif ou distrait?

b) Mémoire. — Mémoire générale ou particulière (mémoire des dates, des noms propres, du calcul, mémoire musicale, des langues étrangères, etc.).

c) Imagination. — Etait-elle vive, voire avec tendances mythomaniaques, ou terne?

d) Association des idées. — Déterminer son importance (jeux d'esprit, calembours, etc.).

e) Jugement. — Notez le bon sens habituel, les études (certificat d'études, conduite scolaire, etc.), les travaux (écrits, œuvres d'art) dont la comparaison avec les productions actuelles pourra être éloquente.

f) Perception. — Il est difficile de connaître le degré de la perception mentale antérieure; on se renseignera, en tout cas, sur l'état antérieur des organes des sens (surdité, bourdonnements, amblyopie, etc.).

2° *Sensibilité* ou *affectivité.* — Ce dernier vocable est plus psychiatrique. Vous devrez noter:

a) Le *caractère*, gai, triste, variable, indifférent. La variabilité est très

importante à signaler; elle est souvent l'indice d'une tendance *cyclothymique.*

b) *L'affectuosité*, c'est-à-dire les sentiments familiaux et amicaux.

c) *L'émotivité* vis-à-vis des chocs moraux minimes ou importants, vis-à-vis également des manifestations de l'art (poésie, musique).

d) La *sociabilité*, qui comprend la fréquentation du monde, la courtoisie, la politesse, etc.

e) Les *habitudes;* c'est ici que se rangent ce que les gens du monde appellent les « manies», esprit méticuleux, trop ordonné, trop scrupuleux: il y a souvent là l'amorce d'un état d'obsession. Parmi les habitudes, il faut noter les habitudes religieuses. Méfiez-vous des changements dans ces habitudes. Redoutez les conversions soudaines.

3° *Volonté.* — Notez les petites déficiences de la volonté, les hésitations, le manque d'énergie, vous les retrouverez chez les douteurs, obsédés, phobiques, et j'ajoute, chez pas mal de mélancoliques.

4° *Activité.* — Le malade était-il actif ou indolent?

5° *Moralité.* — Sachez quel était le niveau moral de votre malade, sa conduite dans les affaires, dans son ménage, dans la vie en général. Ce sont souvent des perturbations de cette vie morale qui, *par contraste*, attirent l'attention.

E. Passé pathologique. — On notera, dans l'enfance: les convulsions, les terreurs nocturnes, l'épilepsie, les tics, la chorée, l'énurésie (prolongée souvent chez l'adulte), les traumatismes, les maladies infectieuses, et chez l'adulte: la *syphilis* et *l'alcoolisme*, pourvoyeurs des asiles, les intoxications professionnelles (plomb, oxyde de carbone) ou accidentelles, les auto-intoxications (urémie, diabète, insuffisance hépatique, endocrinienne, etc.), les maladies nerveuses (lésions cérébrales, médullaires, méningées), les infections, les traumatismes, etc.

F. Histoire de la maladie. — Vous insisterez sur la date du début, la cause déterminante apparente, l'évolution. Vous poserez surtout la question essentielle: quel est le signe anormal qui vous a frappé? Ce sera souvent l'*insomnie*, première manifestation de nombreux états psychopatiques — premier contraste avec l'état antérieur; d'autres sont plus impressionnants, qui portent sur les cinq divisions psychiques que nous avons adoptées :

1° *Intelligence.* — Ce sont les troubles des perceptions (illusions, hallucinations), de la faculté d'attention, de la mémoire, de l'association

des idées, de l'imagination, du jugement, avec le groupe formidable des *idées délirantes.*

2° *Affectivité.* — Vous noterez l'excès ou la diminution de l'affectuosité, de l'émotion, les modifications du caractère.

3° *Volonté.* — Elle sera diminuée chez les abouliques (par définition), obsédés, mélancoliques, cette déficience pouvant se compliquer de l'irruption de notions parasites (obsessions, phobies, impulsions), dont le malade aura reconnu le caractère morbide.

4° *Activité.* — Elle marche de pair, souvent, je ne dis pas toujours, avec la volonté, pouvant être accrue ou diminuée.

5° *Moralité.* — Vous vous ferez instruire sur les écarts de conduite, les actes délictueux, etc.

6° *Examen des productions.* — Vous vous ferez montrer les produits de l'activité du malade, les écrits (autobiographie, correspondance, notes, etc.); vous remarquerez l'écriture, les fautes d'orthographe, le style, les ellipses de mots, le contenu souvent révélateur d'une psychose; vous noterez, aussi le papier qui a été utilisé: carnets informes, lingerie, marges de journaux, etc. Vous vous ferez montrer les dessins parfois symboliques, les objets les plus imprévus construits par le malade, les collections de substances insolites (bouts de bois, cailloux, etc.).

Enfin, chez certains intellectuels, l'analyse des productions artistiques, musicales, littéraires, pourra être révélatrice par contraste d'un trouble de l'idéation; il en est des exemples célèbres.

II. **Aspect du malade.** — Le premier regard jeté sur le malade fait souvent jaillir le diagnostic.

Une femme se présente, le visage sombre, exprimant la douleur morale, le front plissé forme oméga; tout à l'heure, elle ne répondra pas à vos questions: c'est une *mélancolique.*

Voici un individu au visage animé, dont le vêtement est orné d'oripeaux; il arrive gesticulant, parlant sur un ton déclamatoire et ironique : c'est vraisemblablement un *maniaque.*

Quelques malades, indifférents à ce qui les entoure, regardent avec fixité ou écoutent des sons que nous ne percevons point: ce sont des *hallucinés.*

Voilà un individu que sa femme accompagne: son facies est amaigri, ses traits *relâchés,* ses pupilles inégales, son regard terne; à chaque question que vous lui poserez tout à l'heure, il se retournera vers sa femme, quêtant une approbation: il s'agit d'un *paralytique général.*

Je pourrais multiplier les exemples de cette partie du diagnostic que Laignel-Lavastine a si joliment appelé le diagnostic pittoresque, mais ce serait empiéter sur mes descriptions prochaines. Vous avez su regarder: vous allez savoir écouter et interroger.

III. Interrogatoire du malade. — C'est la partie délicate de l'examen. Ici le médecin devra montrer toute la perspicacité et toute la patience dont il est capable.

Il n'y a pas de principes absolus sur l'ordre que doit suivre l'interrogatoire. Il commencera par des questions simples sur l'identité, l'orientation dans le temps et l'espace, la situation de santé, etc., questions préliminaires banales faisant ressortir l'état de l'*auto-critique*, qui donneront déjà de précieux renseignements et serviront à serrer, à *aiguiller* l'entretien; car cet entretien, vous l'orienterez d'une façon spéciale selon que l'aspect du malade, les premières réponses, les renseignements vous feront, *a priori*, opiner pour tel ou tel diagnostic.

Quand vous vous sentirez dans la bonne voie, ne l'abandonnez pas, ne renvoyez pas, sauf indications spéciales, votre examen au lendemain, vous pourriez ne plus retrouver votre fil d'Ariane.

Quelques malades parlent trop (maniaques); après les avoir écoutés un moment, orientez vous-même la conversation, mettez un peu d'ordre dans leurs idées, disciplinez, si vous le pouvez, leur logorrhée; imposez-leur votre autorité.

D'autres parlent *peu*, parce que l'idéation est lente (mélancoliques) ou nuageuse (confus); soyez patients, ne multipliez pas les questions sans avoir attendu les réponses, soyez doux, mais parfois sachez prendre un ton autoritaire, impérieux et vous obtiendrez satisfaction.

Certains ne parlent pas, parce qu'ils sont prostrés (confus, mélancolie avec stupeur), parce qu'ils ne comprennent pas (déments), d'autres simplement parce qu'ils ne veulent pas (négativisme), d'autres encore parce qu'ils sont sous l'influence d'une idée délirante qui leur impose cette attitude (réticence). Chez ces derniers, certaines phrases involontaires trahissent les préoccupations du sujet... Vous le savez mieux que moi... Je n'ai rien à vous dire... On me le défend... On devine ma pensée, » etc. Enfin il y a les réticents *par désir de libération*.

Quand le malade parle, notez :

1° La dysarthrie. — Révélatrice de la paralysie générale, elle se rencontre chez quelques confus.

2° La forme de l'élocution. — Rapidité, à-propos, calembours, parole

rimée ou rythmée, association par assonances (maniaques), lenteur (mélancoliques), néologismes (délirants chroniques), stéréotypies verbales (déments précoces), déclamation euphorique, désespérée, etc.

3° LE CONTENU. — C'est là que vous allez trouver ce que vous cherchez: *la révélation du fonds mental.*

Tout va se résumer dans la recherche de tests de l'intelligence, de l'affectivité, de la volonté, de l'aotivité, de la moralité; en clinique, je vous propose de suivre l'ordre suivant, que vous modifierez à votre gré selon les *circonstances, et qui n'a aucune prétention à grouper les troubles pathogéniquement* :

a) INTELLIGENCE. — *Conscience de la situation;* orientation dans le temps (âge, date); orientation dans l'espace (lieu); auto-critique; conscience de l'état de maladie, des troubles présentés, etc.; elle fait souvent défaut dans la paralysie générale.

Attention. — Faites répéter une courte pbrase lue, une série de chiffres: la perte de l'attention est l'*aprosexie.*

Mémoire. — Au moyen de tests simples, explorez la *mémoire de fixation;* faites-vous dire l'emploi du temps aux heures et jours précédents; la *mémoire d'évocation:* souvenirs anciens (passé du malade, incidents politiques importants, etc.).

Vous pourrez constater de l'amnésie globale (démence, confusion), ou portant sur les faits anciens (*rétrograde*), ou sur les faits récents (*antérograde*); cette dernière, isolée, jointe à la fabulation, est caractéristique de la presbyopbrénie (démence sénile) et de la psychose de Korsakoff; vous pourrez noter de l'hypermnésie (maniaques), des paramnésies (absence de localisation, sentiment du *déjà vu*), des dysmésies, ou troubles partiels de la mémoire, de l'ecmnésie (retour à une personnalité antérieure), etc.

Association des idées. — Peut être lente (mélancoliques) ou rapide (maniaques).

Imagination. — Terne ou vive (mythomanie, délire d'imagination).

Jugement. — Ici, deux groupes de faits: la diminution, la perversion.

α. La *diminution* du jugement sera révélée par des tests simples : petits problèmes, comparaison d'images, correction de textes lacunaires, etc.

β. *Perversion* du jugement. Ici, nous abordons le chapitre des *idées délirantes* que je veux seulement esquisser.

Vous devez savoir: la *forme* des idées: persécution, auto-accusation, etc.;

La *base:* *hallucination*, *interprétation*, *revendication*, etc.;

Le *groupement*: *délires systématisés* ou non *systématisés*.

Je n'insiste pas, cette question devant être longuement développée.

C'est ici, je vous le répète, qu'il faut être prudent; pas de ces phrases maladroites: « On vous persécute, vous entendez des voix. » Dites : « On vous a fait des ennuis; on a dit du mal de vous », etc.

Perceptions. — Elles peuvent être obscures (*confusion*), faussement interprétées (*interprétations délirantes*), déformées (*illusions*), créées de toutes pièces (*hallucinations*).

b) Affectivité. — On pourra, par des tests simples, voir comment le sujet réagit aux émotions: on pourra annoncer à un dément précoce les pires catastrophes familiales sans parvenir à l'émouvoir.

c) Volonté. — Le malade pourra être un aboulique, et sur ce fond nous pourrons voir apparaître le *doute*, l'*obsession*, la *phobie*, l'*impulsion*; idées, craintes, actes contre lesquels la volonté est sans action, bien que le malade ait conscience de leur morbidité.

Dans d'autres cas, vous trouverez un excès de volonté, mais de volonté négative: *négativisme* des déments précoces, ou au contraire une suggestibilité étonnante (déments précoces, hystériques).

d) Moralité. — Posez quelques questions de morale élémentaire.

Psycho-analyse. — Je ne puis passer sous silence une méthode qui, malgré les déformations ridicules auxquelles elle a donné naissance et dégagée de toute exagération, possède une réelle valeur pour le diagnostic psychiatrique.

Freud, qui l'a généralisée, met, à la base de la plupart des troubles mentaux, le refoulement dans l'enfance, de concepts ayant pour point de départ des idées sexuelles (*libido*).

Le subconscient du sujet se trouve en surcharge de ces idées imprégnées d'affectivité (*affects*) qui se révèlent normalement dans les rêves. Ces révélations ne sont pas directes d'ailleurs, et le plus souvent il s'agit de symboles; ce symbolisme, dans la théorie de Freud et dans les déductions de ses adeptes, conduit à des conclusions souvent imprévues et qui font sourire.

Le psychanalyste va fouiller le subconscient: il interprétera les rêves et surtout les rêveries du malade, à l'heure où le contrôle psychique fait partiellement défaut. Il demandera au patient de lui dire et d'écrire tout ce qui lui passe par l'esprit, quelque bizarres que lui paraissent ses asso-

ciations d'idées; il provoquera enfin ces associations en prononçant certains mots pris au hasard, auxquels le malade répondra par le mot évoqué.

Le psychanalyste déchargera ainsi, si j'ose dire, le subconscient des « affects » qui y ont été refoulés et dont la dérivation produit les troubles. Quand ces éléments seront rendus à la conscience, ils en seront chassés par la critique du sujet devenu adulte ou transformés par dérivation, sublimation, etc., mais ceci est de la thérapeutique, je n'insiste pas.

IV. **Examen physique.** — Il comprendra: 1° Recherche des stigmates physiques dits de dégénérescence: asymétrie faciale, déformations du crâne, malformations des oreilles, des dents, cryptorchidie, etc.

2° Examen des stigmates acquis (morsures de la langue, cicatrices, épilepsie, auto-mutilations, etc.);

3° Examen des différents viscères par les procédés habituels, du pouls, de la température et de la tension artérielle;

4° Examen du système nerveux;

5° Examen des organes des sens, des yeux en particulier;

V. **Examen biologique.** — Il comprendra :

a) Examen des urines;

b) Examen du sang (cytologie, choc hémoclasique), dosage de l'hémoglobine, de l'urée, du sucre, réaction de Bordet-Wassermann;

c) Examen du liquide céphalo-rachidien (pression au manomètre de H. Claude, albumine (dosage au rachialbuminimètre de Sicard et Cantaloube), sucre, cytologie (numération par la cellule de Nageotte);

d) Exploration des glandes endocrines.

On ne saurait trop insister sur ces dernières méthodes. L'endocrinologie a, avec la psychiâtrie, des connexions intimes; beaucoup de troubles mentaux trouvent leur explication dans des processus d'insuffisance ou d'hyperfonctionnement glandulaire.

Il faudra explorer ces fonctions délicates au moyen de recherches cliniques et de tests biologiques. Ces tests, le professeur Henri Claude nous en a donné une technique précise conduisant à des déductions particulièrement intéressantes.

On est en droit d'espérer que, grâce à ces méthodes nouvelles d'exploration, grâce aussi à d'autres dont on peut prévoir l'apparition, la neuropsychiâtrie va descendre des sommets de la métaphysique où elle n'a que faire et où l'esprit public l'a injustement placée, pour se présenter à nous sous sa forme réelle, une science médicale tout simplement.

RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES

A. — MÉDECINE

L'albumino-réaction des expectorations. En collaboration avec M. le Professeur Roger.

A. **Analyse chimique des expectorations, application au diagnostic.** — *Société Médicale des Hôpitaux.* 1909 (13).

B. **Albumino-réaction des expectorations.** — *Presse Médicale.* 1910 (18).

C. **L'albumino-réaction dans la tuberculose pulmonaire.** — *Presse Médicale.* 1911 (35).

La recherche de l'albumine des expectorations se fait au lit du malade aussi aisément que celle de l'albuminurie.

Une certaine quantité de crachats est triturée quelques minutes avec une quantité égale de sérum physiologique; la mucine est précipitée par quelques gouttes d'acide acétique, on filtre. L'albumine est recherchée dans le filtrat par un procédé quelconque; nous avons utilisé surtout la coagulation par la chaleur en présence de chlorure de sodium, ou de sérum physiologique, et la précipitation par le ferrocyanure de potassium en milieu acétique.

La présence d'albumine est *constante* chez tous les tuberculeux qui expectorent quelle que soit la période de la maladie d'où la valeur diagnostique de ce signe. Cependant il est loin d'être pathognomonique, l'albumino-réaction s'étant montrée positive chez les pneumoniques, chez certains cardiaques et rénaux; elle est négative chez les bronchitiques chroniques non tuberculeux. L'absence d'albumine dans une expectoration a donc plus de valeur pour éliminer la tuberculose que sa présence pour l'affirmer.

L'évolution de l'albumoptysie permet également de déduire quelques considérations pronostiques.

L'albumino-réaction a suscité de nombreuses recherches de contrôle des thèses et des articles importants qui, pour la plupart, confirment nos conclusions.

J'expérimente depuis 20 ans cette méthode dans différents services, depuis 6 ans au Sanatorium de Brévannes, elle n'a jamais été en défaut.

L'albumino-réaction des expectorations chez les tuberculeux (Réaction de Roger). — *Paris clinique et thérapeutique*, 5 mars 1912. Revue générale de la question (43).

D. **L'albumino-réaction des expectorations (Réaction de Roger) dans la tuberculose pulmonaire.** — *Journal Médical Français*. 1922 (85). — Th. Perono, 1926.

E. **Albumine d'expectoration et albumine du sérum.** En collaboration avec M. le Professeur Roger. — *Société de Biologie*, 12 nov. 1919.

M. le Professeur Roger a montré, par leur action différente sur la pression sanguine, qu'il n'existait pas identité entre ces deux variétés d'albumine et que, par conséquent, l'albumine des expectorations n'est généralement pas une albumine exsudée.

Nous sommes arrivés aux mêmes conclusions par deux autres méthodes :

1° Méthode des précipitations. — Une première série A d'animaux (lapins), est préparée par injections intra-péritonéales de filtrats d'expectorations tuberculeuses concentrés par le vide et stérilisés par la teinture de cannelle.

Une deuxième série B reçoit du sérum humain.

Le sérum A précipite abondamment en présence de filtrats de crachats tuberculeux, faiblement en présence du sérum humain; le contraire se produit avec le sérum B.

2° Méthode de la coagulation par la chaleur. — Le début de la coagulation par la chaleur des albuminés sériques se fait vers 50°, les albumines d'expectoration coagulent entre 41° et 43° — ces albumines ne sont donc pas d'origine exsudative. On peut d'ailleurs isoler par la chaleur des albumines différentes dans la même expectoration.

Diagnostic de la tuberculose au laboratoire. Etude de quelques notions récentes. — « Revue générale », *Gazette des Hôpitaux*. 1909 (10).

Considérations à propos de deux cas d'hémoglobinurie paroxystique. — *Gazette des Hôpitaux*. 1910 (23).

Chez ces deux malades, l'hémoglobinurie s'accompagnait d'ictère hémo-

lytique par défaut de résistance globulaire; dans les deux cas l'urine eut une odeur aromatique fugace très caractéristique. Dans un des deux cas l'hémoglobinurie pouvait s'expliquer par le mécanisme mixte invoqué par Foix et Salin, fragilité spéciale des globules au sérum normal, action adjuvante du froid par congestion rénale et sans doute action élective sur les globules.

Influence des évacuations minimes sur la résorption des épanchements pleuraux. En collaboration avec Mlle Pouzin. — *Société Médicale des Hôpitaux*. 1910 (11).

Dans certains cas, il suffit de retirer quelques centimètres cubes d'un épanchement pleural pour assister à la résorption. Ne peut-on penser que pour certaines observations, la méthode auto-sérothérapique de Gilbert (de Genève) n'a pas agi autrement.

B. — NEUROLOGIE

Le corps calleux et l'apraxie

A. **Syphilis cérébrale avec lésions multiples, gomme du corps calleux.** En collaboration avec M. le Professeur Claude. — *L'Encéphale*, janvier 1910 (14).

B. **Physiologie du corps calleux.** — *Presse Médicale*, 28 janvier 1911 (32).

C. **L'apraxie.** — *Progrès Médical*. 1910 (24).

D. **Etude d'un cerveau sans commissures.** En collaboration avec M. le Docteur Roy. — *Bulletin de la Société anatomique*. 1910 (20).

E. **Pathologie du corps calleux.** — *Gazette des Hôpitaux*. 1910 (26).

F. **Gliome du corps calleux et du lobe pariétal gauche. Apraxie bilatérale. Mort par ponction lombaire.** En collaboration avec M. Laignel-Lavastine. — *L'Encéphale*. 1914. (53).

G. **Le corps calleux, étude anatomique, physiologique et clinique.** — *Thèse de Doctorat*. G. Steinheil, édit. 1910 (21).

L'étude du corps calleux soulève des problèmes encore controversés, portant sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie.

L'anatomie fine du corps calleux est mal connue; on discute sur les

relations de cette commissure avec la capsule interne, la capsule externe, le tapétum. Le développement est un autre sujet de discussion auquel se rattachent les cas d'absence du corps calleux. Ces malformations, congénitales ou acquises, soulèvent de nouvelles questions pathogéniques, anatomiques et physiologiques.

Les physiologistes, par la destruction et l'excitation du corps calleux, obtiennent des résultats contradictoires.

La pathologie du corps calleux, assez riche lorsqu'il s'agit de légions complexes, comme les tumeurs, est pauvre en lésions limitées, d'où la difficulté pour fixer un syndrome calleux. L'introduction dans la séméiologie nerveuse, par Liepmann, de l'apraxie motrice comme indice d'une lésion calleuse, donne un intérêt nouveau à l'étude de la grande commissure.

Nous avons sectionné le corps calleux à différents animaux, en particulier singes et chiens, et étudié les dégénérations produites, au moyen de la méthode de Marchi. Nous croyons que les fibres calleuses ne fournissent pas d'éléments à la capsule externe, peut-être quelques fibres à la capsule interne. Dans tous les cas où le splénium avait été sectionné, nous avons constaté des fibres dégénérées dans la portion occipitale du tapétum.

L'origine des fibres du corps calleux paraît se faire au niveau des grandes cellules pyramidales.

Le développement du corps calleux se fait au quatrième mois de la vie intra-utérine, par bourgeonnement, ou amincissement et fusion des faces médianes des hémisphères. Les fibres calleuses sont guidées par un pont cellulaire qui précède leur apparition. Les auteurs les plus récents qui étudièrent cette question, Zuckerkandl et Langelaan, ne sont pas d'accord sur le rôle de la lame terminale dans ce développement.

Les cas d'absence du corps calleux ont une origine complexe, agénésie ou atrophie. Existe-t-il, en cas d'agénésie un faisceau calleux longitudinal? L'absence du corps calleux a été compatible avec un développement intellectuel normal.

Nous citons un cas d'absence du corps calleux chez un idiot. Dans ce cas, il n'existait pas de faisceau calleux longitudinal. Nous croyons que c'est le segment inter-hémisphérique, seul qui faisait défaut, et que le corps calleux intra-hémisphérique, bien qu'atrophié, résistait néanmoins.

La partie physiologique nous a longuement retenu.

Les animaux (singes, chiens) sont anesthésiés; après trépanation on sectionne la dure-mère le long du sinus longitudinal supérieur, et réclinant ce vaisseau d'une part, la face hémisphérique d'autre part, on va couper le corps calleux avec une petite lancette.

La section du corps calleux chez le singe ne détermine aucun trouble; chez le chien, elle semble déterminer un certain état démentiel signalé déjà par Muratoff.

L'électrisation du corps calleux détermine des contractures des muscles à actions synergiques de la face, de la nuque et du dos.

Nous croyons, contrairement à Mott et Scheffer, que les mouvements provoqués au niveau des membres sont dus à la diffusion du courant.

Nous avons étudié quatre-vingt-quatorze observations de tumeurs, dont trois personnelles.

D'après cette statistique nous avons pu faire un exposé des troubles et particularités cliniques observés.

Nous croyons, avec notre maître Raymond, que la plupart des symptômes signalés sont des symptômes d'emprunt, et qu'il faut seulement conserver le syndrome mental atténué décrit par ce dernier. (Manque de liaison dans les idées, bizarrerie de conduite, troubles de la mémoire.)

Plus intéressants sont les cas de lésions non néoplasiques du corps calleux (traumatismes, hémorragies, ramollissements, lésions chez les alcooliques, etc.); nous signalons un cas de ramollissement du splénium.

En ce qui concerne l'apraxie, nous admettons la conception de Liepmann sur l'apraxie calleuse: le cerveau droit qui meut la moitié gauche du corps, reçoit à travers le corps calleux les ordres eupaxiques du cerveau gauche; une lésion du corps calleux déterminera de l'apraxie du côté gauche, tandis qu'une atteinte du centre eupraxique donnera l'apraxie bilatérale. L'observation publiée avec Laignel-Lavastine vient à l'appui de la localisation du centre eupraxique au gyrus supra-marginalis.

La sémiologie du corps calleux comprendrait donc deux syndromes; le syndrome démentiel de Raymond, le syndrome apraxique de Liepmann.

Le diagnostic des lésions calleuses pourra être facilité par la coïncidence de ces deux syndromes.

Quelle est la signification du corps calleux; nous avouons notre embarras pour conclure. Un instant nous nous sommes demandé si le corps calleux avait une autre raison d'être qu'une raison anatomique.

Nous émettons une hypothèse dont nous reconnaissons nous-même l'incertitude :

La prédominance fonctionnelle chez l'homme du cerveau gauche sur le droit est évidente. Le cerveau gauche est en dernière analyse celui qui coordonne les actes des deux côtés du corps, directement pour le coôté droit, indirectement pour le côté gauche par le corps calleux.

Le cerveau gauche, pour penser, a besoin des renseignements emmagasinés par le cerveau droit, c'est le corps calleux qui les conduira.

Nous terminons ainsi: « au double rôle physiologique du corps calleux peuvent être rattachés les deux syndromes pathologiques que nous admettons.

Si le cerveau gauche qui pense ne reçoit plus correctement les renseignements que lui doit le cerveau droit, il en résultera un déséquilibre de la pensée qui se traduira par les quelques signes démentiels formant le syndrome de Raymond. Si le cerveau gauche qui fait agir ne peut plus envoyer correctement au cerveau droit les ordres moteurs qui lui sont nécessaires, on aura de l'apraxie du côté gauche tributaire de cet hémisphère. »

Apraxies. — *Nouveau Traité de Médecine*, fasc. XVIII. 1928 (147).

Il était tentant d'essayer de déterminer l'apraxie par la section du corps calleux (Muratow, Lévy-Valensi); mes expériences n'ont pas donné de résultats absolument probants. La section du corps calleux, chez le singe, paraît inoffensive; chez le chien, comme dans les faits expérimentaux de Muratow, on détermine de la maladresse de certains actes, l'oubli de quelques mouvements appris (faire le beau, sauter). S'agit-il d'apraxie?

D'ailleurs, des expériences négatives sont-elles probantes? L'apraxie idéo-motrice porte avant tout sur les gestes appris et voulus, elle laisse intacts les gestes réflexes, instinctifs pourrait-on dire. Les animaux en expérience sont, avant tout, des *instinctifs*. Les expériences gagneraient à être tentées sur des singes *éduqués*, et encore est-on en droit d'assimiler les gestes stéréotypés des animaux dits *savants* à ceux éminemment variables et adaptables de l'homme. Peut-on enfin assimiler à l'homme des animaux qui sont ambidextres ?

Ces desiderata que je formulais en 1910, dans ma thèse, ont été réalisés par MM. Gonzálo R. Lafora et Miquel Practos. Ces auteurs ont pratiqué la section du corps calleux sur des singes *dressés*. La section était paramédiane, elle détermina de la parésie avec apraxie *croisée* d'une durée de vingt jours; après guérison, la section du côté opposé déterminait encore les mêmes phénomènes mais de l'autre côté; les auteurs croient à une action de diaschise sur l'hémisphère du côté intéressé.

Dans un important travail (1923) inspiré par Monakow, Brun se montre relativement peu localisateur. Pour cet auteur, toute lésion cérébrale peut, temporanément du moins, déterminer de l'apraxie. D'autre part, une destruction complète du lobe pariétal inférieur ne suffit pas à

provoquer une apraxie durable. Le corps calleux n'intervient sur l'hémisphère droit que temporanément par transmission du phénomène diaschisique et la lésion peut porter sur un point quelconque de la grande commissure.

Pour qu'une apraxie soit durable il faut des lésions importantes et multiples.

Liquide céphalo-rachidien

Méthode de Nageotte

1° **Numération directe des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien, limites physiologiques de la lymphocytose.** En collaboration avec M. le Professeur Nageotte. — *Société de Biologie.* 1907 (2).

2° **Numération des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien** (Méthode de Nageotte). — *Paris Médical.* 1911 (40).

3° **La numération des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien pour apprécier l'évolution des lésions et l'action thérapeutique dans les maladies nerveuses syphilitiques.** En collaboration avec M. Milian. — *Société Médicale des Hôpitaux.* 12 mai 1911 (35).

En collaboration avec M. le Professeur Nageotte, nous avons préconisé une méthode de numération des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien utilisé depuis dans tous les laboratoires. A l'étude par centrifugation qui demeure indispensable pour la cytologie qualitative du liquide, nous associons la méthode quantitative par examen direct.

La cellule de Nageotte est un hématimètre géant (2 types, un de 50, l'autre de 100 millimètres cubes). La cellule est emplie avec du liquide autant que possible récemment recueilli et coloré par une trace de thionine ou de bleu de Unna; la moyenne par millimètre cube est rapidement obtenue. Nous avons déterminé la limite de la lymphocytose normale qui oscille entre un et deux éléments par millimètre cube.

Cette méthode est facile, ne demandant pas un outillage compliqué, elle est prudente, n'exigeant qu'une quantité insignifiante de liquide, elle est précise, les résultats n'étant subordonnés ni à la quantité du liquide centrifugé, ni à la vitesse, ni à la durée de la centrifugation.

Ce procédé permet non seulement de dépister des lymphocytoses minimes, voire même limites, mais encore de suivre l'évolution régressive ou progressive de ces lymphocytoses, enfin de se rendre compte de l'effi-

cacité d'un traitement. Ce dernier point a été développé dans notre travail avec M. Milian.

La méthode de Nageotte est, depuis plus de vingt ans, employée dans tous les laboratoires.

Quelques considérations sur la ponction lombaire. — *L'Hôpital*. 1914 (54).

Travail d'ensemble sur la méthode de Nageotte, la détermination de la pression céphalo-rachidienne par le manomètre de Claude, l'albumino-réaction du liquide céphalo-rachidien. Considérations sur la mort à la suite de la rachicenthèse.

A. **Viscosité du liquide céphalo-rachidien normal et pathologique.** — *Gazette des Hôpitaux*. 1911 (34).

La viscosité a été recherchée au moyen du viscosimètre à boules de Mayer maintenu à une température constante par un courant d'eau chaude. Nos recherches portent sur 32 malades organiques et fonctionnels. La viscosité a toujours été voisine de celle de l'eau distillée. La méthode ne paraît donc avoir aucune application pratique.

B. **L'œdème papillaire. Complication de la ponction lombaire.** En collaboration avec MM. Lamache et Dubar. — *La Médecine*. 1929 (156).

Les nouveaux signes diagnostiques et pronostiques de l'hémiplégie organique. *Progrès Médical*, 24 septembre 1910. *Revue Générale.*

Quelques troubles polynévritiques à début apoplectiforme avec troubles mentaux au cours d'une intoxication saturnine chronique. — *Revue Neurologique*. 1908, p. 1189.

Le syndrome mental dans ce cas se rapprochait de celui connu sous le nom de psychose de Korsakow.

Fausses localisations des tumeurs cérébrales

Ependymite subaiguë avec hydrocéphalie. Cavités médullaires du type syringomyélique. En collaboration avec MM. H. Claude et Cl. Vincent. — *Presse Médicale*. 1911. (33).

Chez une jeune fille, la coïncidence de signes d'hypertension intracranienne et de paraplégie, permettait de penser à l'existence d'une tumeur de la région paracentrale. A l'autopsie: épendymite avec hydrocéphalie et

hydromyélie. La cavité anormale occupait toute la hauteur de la moelle, mais communiquait avec le canal épendymire, par place se montrait une réaction névroglique sans que l'on pût penser à une syringomyélie légitime.

De l'hémiplégie homolatérale dans les tumeurs cérébrales. En collaboration avec MM. Claude et Cl. Vincent. — *Revue Neurologique*. 1910 (30).

Au cours de l'évolution d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne apparut une hémiplégie droite, avec hémianopsie bilatérale homonyme gauche. La tumeur siégeait dans le lobe occipital droit, mais la zone rolandique gauche *s'écrasait* contre la paroi osseuse.

Les signes de localisation dans les tumeurs de l'encéphale. Le rôle de l'œdème cérébral dans la genèse des symptômes. En collaboration avec MM. André-Thomas et A. Besson. — *Société de Neurologie*. 1918 (71).

Un malade porteur d'une tumeur temporale présentait un syndrome cérébelleux. Le pédoncule cérébelleux moyen était comprimé par l'œdème cérébral.

Syndrome de la calotte protubérantielle. Hémiplégie alterne. Hémiasynergie directe. Hémiataxie croisée. Autopsie. En collaboration avec M. P. Oulmont. — *Société de Neurologie*. 1919 (72).

Une hémorragie de la calotte protubérantielle à sa partie inférieure avait déterminé un syndrome de Millard-Gubler avec paralysie de l'oculogyre, hémiataxie croisée secondaire à une hémianesthésie atteignant surtout les sensibilités profondes; hémiasynergie directe par atteinte du pédoncule cérébelleux inférieur.

Méningite et hoquet

Méningite tuberculeuse et hoquet. En collaboration avec M. Gandy. — *Société Médicale des Hôpitaux*. 1908 (3).

Notes sur quelques faits cliniques. — *Presse Médicale*. 1915 (56).

La présence du hoquet permettrait d'identifier certaines formes frustes ou atypiques de méningite tuberculeuse.

Paraplégie cervicale d'origine traumatique. Ecrasement de la moelle épinière au niveau du VIIe segment cervical. Abolition de la

motilité et de la sensibilité au-dessous de la lésion. Limitation radiculaire des troubles moteurs et sensitifs au-dessus de la lésion. Abolition des réflexes tendineux. Conservation des réflexes cutanés. Troubles vaso-moteurs et sudoraux. En collaboration avec M. le Professeur DEJERINE. — *Société de Neurologie*, 1911 (38).

Il s'agissait d'un jeune acrobate qui fit une chute sur la nuque, section de la moelle cervicale inférieure vérifiée plus tard anatomiquement par Dejerine et Long. La survie fut de sept mois; l'intérêt de ce cas, l'un des premiers de section complète de la moelle, tient dans la conservation des réflexes cutanés et des réflexes dits de défense; c'est là une dérogation à la loi de Bastian, que les faits, malheureusement trop nombreux de la guerre, sont venus confirmer.

Névrites

Un cas d'amaurose par intoxication oxycarbonée. Hémorragies juxta-papillaires. En collaboration avec MM. L. CLAUDE et A. ROCHARD. 1924 (86).

Polynévrite sensitivo-motrice survenue après un pneumothorax chez une tuberculeuse. En collaboration avec MM. PHILBERT et LECHAUX. — *Société Médicale des Hôpitaux*. 1924 (90).

Les névrites des tuberculeux. — *La Médecine*. 1925 (96).

Névrite tuberculeuse du musculo-cutané. En collaboration avec MM. FEIL et MINOT. — *Société Médicale des Hôpitaux*. 1925 (97).

Un nouveau cas de névrite du musculo-cutané chez un tuberculeux. En collaboration avec MM. FEIL et PÉRONO. — *Société Médicale des Hôpitaux*. 1925 (99).

Les névrites des tuberculeux. — *Thèse Lechaux*. 1925.

La plupart des ouvrages classiques se bornent à signaler la tuberculose dans l'étiologie générale des névrites en émettant, d'ailleurs, quelques doutes sur la réalité de son action. MM. Pitres et Vaillard, dans leur récent article, étudient longuement la question, rappelant les nombreux travaux publiés et leur mémoire de 1886.

Les éminents auteurs décrivent des formes à prédominance sensitive (névralgies, paresthésies, hyperesthésies, zona, etc.), des formes à prédominance motrice, enfin, exceptionnellement, des formes extenso-progressives aiguës (type Landry).

La fréquence des polynévrites, chez les tuberculeux, serait, d'après Carrière, de plus de 40 p. 100 (57 cas sur 157 malades).

Les circonstances m'ayant conduit à diriger le service des tuberculeux de l'hospice de Brévannes, j'ai été à même d'établir une statistique basée sur des cas plus nombreux.

Je me suis proposé deux observations:

1° Rechercher un moment donné, sur mon effectif complet (850 malades environ), les formes dites sensitives.

2° Etudier sur les 2.000 malades examinés pendant une année, les polynévrites sensitivo-motrices.

Comme on le verra, j'ai été amené à conclure à l'extrême rareté des deux variétés.

A. Névrites sensitives. — Dans ce paragraphe, j'élimine, et cela explique sans doute la pauvreté de ma statistique, les névralgies thoraciques, le plus souvent symptomatiques de lésions pleuro-pulmonaires sous-jacentes, le zona relativement fréquent, mais ressortissant sans doute à une étiologie particulière et qui a fait l'objet d'un travail spécial.

Je trouve :

1° Dans les services d'hommes: deux cas négligeables de paresthésie des membres inférieurs chez deux alcooliques avérés; je retiens un cas, chez un malade non alcoolique, ou à des algies thoraciques s'associaient une légère sensibilité à la pression des masses du mollet et une réflectivité exagérées.

2° Dans les services de femmes: un cas de névralgie obturatrice, un cas de névralgie cervico-brachiale, un cas d'algie de la face dorsale du pied (1), un cas de paresthésie des membres inférieurs. Dans un cinquième cas, une malade fit, consécutivement à une chute sur le genou, des phénomènes polynévritiques du membre inférieur correspondant (hyperesthésie superficielle et profonde) avec œdème du type phlébitique et hydartrose.

En somme, 6 cas de névrites tuberculeuses, probablement légitimes, sur 850 malades, soit 0,70 p. 100. Notez la prédominance considérable pour le sexe féminin (5 femmes pour un homme), prédominance d'autant plus importante que le service comprend approximativement 250 lits de femme pour 600 lits d'homme.

J'ajoute qu'une aussi faible quantité d'algies, en décembre, dans une

(1) Ce cas s'est révélé au bout de quelques semaines comme ostéite tarsienne; je le maintiens ici comme erreur instructive.

région relativement humide, n'aurait rien de surprenant pour une population de 850 habitants, même non tuberculeux.

B. Polynévrites sensitivo-motrices. — 1° Dans les services d'hommes : 0.

2° Dans les services de femmes: trois cas, du type paraplégique, chez des alcooliques, avec, dans deux cas, syndrome de Korsakoff, un cas d'amnésie antérograde sans fabulation.

Nous ne tiendrons pas compte de ces cas, bien qu'il ne nous soit pas possible d'affirmer que l'action de la tuberculose n'est pas associée ici à celle de l'alcool. Le dernier cas que nous allons considérer, le seul, à mon avis, entièrement légitime, soulève un problème intéressant de pathogénie et mérite d'être cité :

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, atteinte d'une tuberculose pulmonaire très discrète qui, quinze jours après l'insufflation d'un pneumothorax fit une polynévrite des quatre membres qui guérit d'ailleurs parfaitement.

Chez cette malade, nous avons, bien entendu, éliminé toute possibilité d'intoxication éthylique ou médicamenteuse (arsénicaux, créosote).

Le pneumothorax thérapeutique a-t-il joué un rôle déterminant vis-à-vis de la polynévrite? Ce ne peut être là qu'une hypothèse, car des coïncidences sont toujours possibles; d'autre part MM. Rist et Sergent, qui on pratiqué beaucoup plus de pneumothorax que moi-même, n'ont jamais observé cette complication; cependant, le docteur Philbert a vu dans sa clientèle un cas analogue, mais la malade suivait un traitement arsénical.

L'hypothèse d'une mobilisation bacillaire ou toxinique par le pneumothorax ne paraît pas absurde *à priori*. Le pneumothorax, dans cette éventualité, agirait comme un traumatisme, comme la mobilisation, par exemple, de certaines arthrites tuberculeuses. Je vous rappelle que dans un de mes cas, la névrite sensitive fut consécutive à une chute sur le genou.

D'autre part, chez quelques intoxiqués par l'alcool, par le plomb, on a vu des polynévrites succéder à des traumatismes.

En résumé, il résulte de l'étude succincte de 2.000 cas de tuberculose à tous les degrés, la rareté de la névrite sensitive tuberculeuse, l'extrême rareté de la polynévrite sensitivo-motrice de même origine.

Emettre un doute sur leur existence réelle comme le firent MM. Rist et Sergent lors de la présentation de cette malade ne me paraît pas entiè-

rement justifié, car dans notre cas comme dans ceux de M. Crouzon, dans d'autres cas encore, aucune autre étiologie que la tuberculose ne pouvait être invoquée.

Le *pronostic* est celui de la tuberculose initiale. La malade dont l'observation a été relatée s'améliora nettement au double point de vue pulmonaire et nerveux.

Depuis la parution de cet article, j'ai observé deux cas de névrite tuberculeuse du nerf musculo-cutané.

Il semble que la légitimité de l'étiologie tuberculeuse des névrites, mise en doute par d'éminents phtisiologues, ait gagné du terrain depuis ces observations.

Neurologie de guerre

Paralysie dissociée par lésion du sciatique poplité externe. Ligature de l'artère fémorale. Etat ligneux, des muscles du mollet. — *Société de Neurologie.* 1916 (61).

Syndrome pseudo-bulbaire dissocié par blessure cranio-cérébrale unilatérale. En collaboration avec M. André-Thomas. — *Société de Neurologie.* 1917 (62).

Sur la douleur au pincement dans les blessures des nerfs périphériques. — En collaboration avec MM. André-Thomas et J. Gourjon. — *Société de Biologie.* 1917 (63).

La douleur au pincement dans les zones primitivement anesthésiées est souvent un indice précoce de restauration nerveuse; mais ce phénomène peut exister immédiatement après la section complète du nerf, c'est une sensation spéciale, non localisable, déterminant un état d'anxiété particulier. Il s'agit sans doute d'une sensibilité sympathique.

Sur un cas de restauration rapide après suture du nerf médian. En collaboration avec MM. André-Thomas et G. Pascalis. — *Société de Neurologie.* 1917 (64).

Causalgie du nerf médian à la suite d'une lésion de l'avant-bras. Incision exploratrice. Intégrité du nerf. Guérison. En collaboration avec M. André-Thomas. — *Société de Neurologie.* 1918 (66).

Cette observation prouve la nature inorganique de certaines causalgies.

Section du nerf cubital. Attitude atypique par hypertonie excessive des muscles antagonistes. En collaboration avec M. André-Thomas. — *Société de Neurologie*. 1918 (67).

Deux cas de greffe nerveuse chez l'homme avec retour partiel de la mobilité et de la sensibilité. En collaboration avec M. le Professeur Gosset et M. André-Thomas. — *Société de Biologie*. 1918 (69).

La névralgie sciatique pendant la guerre. En collaboration avec M. André-Thomas. — *Revue Générale de Pathologie de guerre*, n° 6. 1918 (70).

Etude complète de la névralgie sciatique avec mise au point de la question. Nous insistons sur la valeur diagnostique du signe de Lasègue recherché par des procédés inconnus des malades, sur l'hypotonie, les attitudes au repos et au cours de différents exercices. Nous terminons par des considérations thérapeutiques et militaires.

L'invalidité dans la paralysie du nerf cubital. — *Paris Médical*. 1919 (73).

L'invalidité dans la paralysie du nerf cubital est fixée à 50 ou 40 p. 100, selon le côté, par le barème de 1915; à 30 ou 25 p. 100 par le barème de 1919. Quand le nerf est lésé au niveau de la main, le taux de l'indemnité tombe à 15 ou 10 (1915), 20 ou 15 (1919). Cette inégalité selon la hauteur de la lésion est injustifiée, le déficit des muscles de la main étant surtout à considérer.

On méconnaît trop l'importance fonctionnelle du nerf cubital, nerf de force et d'adresse pour la préhension et dont les muscles mobilisent tous les doigts. La paralysie du cubital détermine des troubles de tous les mouvements de la main et des doigts. Les principaux sont ceux de la préhension globale et de la pince bidigitale nettement diminuées en force. La faiblesse de la pince bidigitale est rendue manifeste si l'on fait tenir entre le pouce et l'index un petit levier, marteau à réflexes, couteau tenu par la lame, le levier tombe verticalement — *signe du levier*.

Nous insistons aussi sur les troubles dus à la griffe, à l'anesthésie, à la paralysie du cubital antérieur. Nous analysons les éléments qui conditionnent la gêne de certains actes complexes: écriture, découpage et préhension des aliments, acte de ramasser des objets plats, de placer de la monnaie dans le gousset, de compter de la monnaie. Nous faisons remarquer, entre autres éléments, le rôle de la transformation fibreuse des muscles de la main, établissant entre les doigts une solidarité fâcheuse.

Partant de ces données, nous avons pu, en particulier comme médecin-expert des Centres de réformes, étudier l'invalidité professionnelle spéciale dans les cas suivants: médecin, vétérinaire, chauffeur d'automobile, tourneur, mécanicien, sculpteur sur bois, vannier, violoniste, pianiste, dactylographe, comptable, boulanger, mouleur sur cuivre, fumiste, boucher, typographe, terrassier, tailleur, coiffeur, tonnelier, maréchal-ferrant, forgeron, etc.

En conclusion: » J'estime qu'une paralysie du cubital doit être évaluée entre 40 à 50 p. 100, s'il s'agit du côté droit, 30 à 40 p. 100 pour le côté gauche. De même, j'estime qu'un médian complet avec troubles des sensibilités profondes, surtout, devrait être tarifé entre 60 et 50 p. 100 selon le côté. Quand au radial, le plus favorisé des trois nerfs et par le barème et par la nature, à lui, surtout lorsque le triceps n'est pas pris, cas le plus fréquent, devrait s'appliquer un tarif égal à celui du cubital. »

Le spasme vasculaire dans la claudication intermittente du membre inférieur. En collaboration avec M. André-Thomas. — *Paris Médical*. 1918 (65).

Dans deux cas typiques, la pression artérielle du membre inférieur s'abaissait ou disparaissait après la marche (pression prise au Pachon).

La cause de la claudication intermittente est le spasme artériel provoqué, sur un vaisseau atteint d'artérité pariétale, par la marche. La douleur est vasculaire: c'est une colique vasculaire. Le spasme est douloureux et la douleur entretient le spasme.

Quelle est la cause de ce spasme qui joue non seulement un rôle dans la symptomatologie des artérites locales, mais encore dans certains accidents de l'artériosclérose? Plusieurs auteurs, parmi lesquels Brissaud, ont fait jouer un rôle à l'état névropathique; la fréquence de la claudication intermittente avec ses diverses localisations chez les intellectuels, les israélites, chez tous ceux que leur existence ou leurs antécédents font des névropathes occasionnels ou héréditaires, est mentionnée de divers côtés; mais il convient de ranger dans un groupe spécial, celui des névroses vasomotrices, ces observations dans lesquelles les troubles circulatoires paraissent exclusivement causés par l'état névropathique et ne sont pas conditionnés par une lésion artérielle. Peut-être aussi un certain nombre de ces observations, dans lesquelles on n'a pu constater aucun signe d'une lésion artérielle, doivent-elles imposer des réserves; quelques-unes pourraient rentrer dans la forme myélopathique de la claudication intermittente décrite par Dejerine.

L'état névropathique ne saurait, en tout cas, être envisagé comme seul en cause dans la pathogénie de l'affection qui nous occupe; mais il ne peut pas davantage être complètement exclu. Une importance plus grande doit être attribuée à la facilité et à la fréquence avec lesquelles apparaît le spasme sur les canaux musculaires lésés, rétrécis ou irrités, tels que l'œsophage, l'intestin, l'urètre, mais cette spasmophilie est très variable d'un sujet à l'autre, et, à ce point de vue, la prédisposition individuelle pourrait être prise en considération.

Sous l'influence de l'effort, de l'exercice musculaire, la circulation locale devient plus active et réclame un apport sanguin plus abondant. Cet appel rencontre un obstacle au niveau du rétrécissement artériel constitué habituellement par une endartérite pariétale non oblitérante. L'action de cette augmentation de pression sur la paroi vasculaire est comparable, dans une certaine mesure, à celle de la boule olivaire qui essaie de franchir le rétrécissement urétral ou œsophagien; il provoque en même temps la douleur et le spasme. Cependant, la position verticale, qui provoque une augmentation de pression très sensible, ne suffit pas, à elle seule, à faire apparaître le spasme.

Les vaisseaux malades sont souvent douloureux à la pression, même en dehors des crises, mais la douleur augmente pendant la crise, et chez notre deuxième malade elle irradiait le long du vaisseau du pli inguinal à la voûte plantaire, réalisant une véritable colique vasculaire. Il est bien difficile de dire quel est celui de ces deux éléments, douleur ou spasme, qui précède l'autre; le spasme est douloureux et la douleur entretient le spasme. Il n'est pas invraisemblable que la douleur soit provoquée par la mobilisation du membre malade et des plans périartériels, et qu'à son tour elle engendre le spasme.

C. — PSYCHIATRIE

Automatisme mental

Le syndrome de dépossession

L'automatisme mental et les délires hallucinatoires chroniques. — *Paris Médical.* 1925 (101).

Trois cas de délire d'influence. — *Société de Psychiâtrie.* 1925 (98).

Désagrégation psychique et automatisme mental. — *Semaine des Hôpitaux.* 1925 (105).

Délire d'influence. — *Semaine des Hôpitaux.* 1925 (110).

Précis de Psychiâtrie. — 1926 (113).

L'automatisme mental dans les délires chroniques hallucinatoires et d'influence. Le syndrome de dépossession. — *Rapport au Congrès de Blois.* 1927 (140).

Le syndrome de dépossession. — *Livre d'or de M. le Professeur Cabred.* 1927 (141).

Le syndrome de dépossession. — *Bulletinul medico terapeutique.* Bucarest. 1927 (142).

Syndrome de dépossession et syphilis cérébrale. — *Paris Médical.* 1928 (152).

Parmi les éléments multiples de l'automatisme mental qui joue un rôle capital en psychologie normale et englobe la presque totalité de la psychologie morbide, j'ai isolé sous le nom de *syndrome de dépossession* un groupe de symptômes bien mis en évidence, depuis longtemps d'ailleurs, par les aliénistes français, en particulier par Calmeil, Esquirol, Leuret, Lelut, Brière de Boismont et surtout Baillarger, plus près de nous par Séglas, Gilbert-Ballet, Clérambault, etc.

J'entends par éléments du *syndrome de dépossession* les phénomènes de l'ordre *intellectuel, volitionnel* et *affectif* faisant irruption du subconscient dans la conscience, phénomènes dont le *caractère automatique est perçu* par le sujet qui en *méconnaît la nature pathologique,* la première condition différenciant le syndrome de dépossession de l'*hallucination sensorielle,* la deuxième l'isolant de l'*obsession.*

Le syndrome de dépossession comprend:

1° Le *sentiment de dépossession;*

2° Les *symptômes directs.*

3° Les *symptômes indirects.*

1° Le sentiment de dépossession, qui n'est qu'un cas particulier du sentiment d'automatisme, au sens de Pierre Janet, résulte essentiellement de la désagrégation psychique. C'est d'abord un *malaise,* une *inquiétude sourde,* un *sentiment d'étrangeté, de perplexité* (Heuyer et Lamache), traduisant la perte de la possession des éléments psychiques, véritable trouble

cénesthésique qui s'affirmera dans les éléments suivants. « Si l'eau qui bout, disai-je dans une leçon à l'Asile Sainte-Anne, avait le sentiment de la désagrégation moléculaire qui constitue l'ébullition, elle aurait le sentiment de la dépossession. Ce sentiment, elle l'aurait même avant que les bulles viennent crever à sa surface; elle l'aurait encore et plus alors que les bulles deviendraient plus nombreuses. »

2° Les symptômes directs sont caractérisés par le fait que le phénomène s'impose à l'individu, se *substitue* à lui, désagrège sa *personnalité.* Ils comprennent:

a) *La dépossession du langage intérieur* c'est-à-dire des représentations psychiques automatiques de mots, *ouïs, prononcés, écrits, lus.* Vous reconnaissez là les *hallucinations psychiques* de Baillarger, les *hallucinations kinesthésiques verbales* et *graphiques* de Séglas, les *hallucinations littérales* du type Kandinsky.

Ce qui importe ici, c'est de noter, en particulier avec Clérambault, le caractère souvent *athématique et neutre* de ces *pseudo-hallucinations,* au début du moins (propos indifférents, fables, récits, etc.), plus rarement leur caractère anidéique (syllabes, jeux syllabiques, non-sens, scies, etc).

b) *La dépossession du langage expressif* comporte les *hallucinations motrices verbales et graphiques,* les *impulsions verbales et graphiques* de Séglas avec, par extension, les *délires prophétiques, spirites* et les *inhibitions verbales et graphiques.*

c) La *dépossession de la pensée* comporte l'hypeidéation, les réminiscences, les pensées étrangères, les idées devinatoires, véritables intrusions dans la pensée, l'aprosexie, l'amnésie, l'embrouillage de la pensée qui sont des inhibitions.

d) La *dépossession de l'affectivité* se traduira par des indifférences, des dégoûts, des tristesses, des peurs, des colères, des enthousiasmes, des joies, etc.

e) La *dépossession de la volonté* par des doutes ou des désirs d'actes et à un degré de plus par des *actes imposés* et des *inhibitions.*

f) Un certain nombre de *troubles pseudo-sensoriels tactiles, cénesthésiques et génitaux,* complètent ces symptômes directs. Ce sont: les bruits imaginaires, la vision imaginaire, l'olfaction et le goût spirituels et certains troubles cénesthéisques interprétés *d'emblée* comme une dépossession (incubes, sucubes, etc.).

3° Les symptômes indirects peuvent emprunter les mêmes éléments morbides sus-énoncés, mais ils recourent aussi au mécanisme de l'*interpre-*

tation et de *l'hallucination sensorielle*. Ce qui importe ici, c'est moins le phénomène que son contenu qui entraîne la *conviction de la dépossession*.

Certains sujets, par exemple, interpréteront leurs actes comme des actes étrangers ou, au contraire, auront le sentiment d'exercer une influence sur autrui à leur insu. C'est là une conséquence indirecte du sentiment de dépossession; mais le type de l'élément indirect est concrétisé dans la *fuite* ou *vol de la pensée* qui peut résulter de l'interprétation ou de l'hallucination sensorielle.

Ces symptômes comprennent:

a) *L'écho de la pensée* que, sous sa forme pure, je crois *assez rare;*

b) *L'écho de l'écriture et de la lecture,* plus fréquents;

c) *Les énonciations* et *commentaires des pensées;*

d) *Les énonciations, échos anticipés* et *commentaires des actes.*

Ces deux derniers groupes de symptômes sont extrêmement fréquents.

∴

Le *syndrome de dépossession,* très nettement étudié par les aliénistes déjà mentionnés, se rencontre à tous les chapitres de la pathologie mentale: alcoolisme, syphilis cérébrale, paralysie générale, épilepsie, manie, mélancolie, démence précoce, etc.

Il constitue, en somme, la *psychose d'influence* de Séglas où le malade passe rapidement du syndrome de dépossession, en *principe, neutre* et *athématique* à *l'interprétation délirante*. Sur ce point, tout le monde est d'accord.

Le désaccord apparaît lorsqu'il s'agit de fixer l'ordre d'apparition des éléments de l'automatisme mental dans l'évolution de la *psychose hallucinatoire* chronique, du *délire chronique de Magnan.*

Magnan admet, en faisant appel d'ailleurs à la doctrine physiologique de Tamburini, que c'est l'interprétation délirante qui *secondairement* crée l'hallucination sensorielle, l'automatisme mental, au sens que nous lui attribuons, étant un phénomène tardif.

En 1912 et 1913, mon maître Gilbert Ballet, dans deux leçons, dont une seule a été publiée, affirme la *précocité* des désagrégations psychiques précédant les délires. Depuis de nombreuses années, Clérambault se fait le défenseur de cette théorie; les déductions pathogéniques qu'il en tire, tout en méritant d'être prises en grande considération, n'ont pas encore fait leurs preuves, ainsi que je me suis efforcé de le démontrer dans mon rapport au Congrès de Blois (1927).

Clérambault, dont je ne puis développer ici l'intéressante théorie, se base sur la précocité des phénomènes d'automatisme, sur leur caractère anidéique et athématique, sur leur apparition temporaire chez des intoxiqués, sur leur fréquence relative chez des malades porteurs de lésions cérébrales évidentes (tumeurs, syphilis, paralysie générale, etc.) pour affirmer que le syndrome qui fait l'objet de cette étude n'est qu'une séquelle de processus toxiques ou infectieux anciens, passé ou non inaperçus.

La théorie de Clérambault manque des preuves anatomiques que l'on est en droit d'exiger d'elle.

Elle n'explique pas la transformation de l'obsession en dépossession et les faits, sur lesquels j'ai insisté, du passage de la *transe* du spirite, phénomène purement fonctionnel, au délire chronique.

Les théories psychogènes de Pierre Janet, Séglas, Claude, n'exigent aucune preuve, ce qui fait leur force et en même temps leur faiblesse.

J'ai soutenu au Congrès de Blois que les théories opposées ne sont pas inconciliables.

Je crois qu'il existe chez certains individus une *constitution* spéciale, une prédisposition particulière qui favorise l'apparition de phénomènes automatiques ou hallucinatoires.

Cette prédisposition était manifeste chez les 4 malades atteints de syphilis cérébrale qui ont fait l'objet de mon aricle dans *Paris Médecine* (152).

*
* *

Je crois d'ailleurs que chez ces prédisposés une vésanie, manie, mélancolie, ou simplement des phénomènes émotifs quelconques, comme ceux par exemple qui accompagnent un délire d'interprétation du type paranoiaque, comme aussi une infection ou une intoxication peuvent révéler le phénomène latent.

Je crois qu'il n'est pas impossible qu'une infection ou une intoxication puisse créer de toutes pièces dans certains cas cette constitution ou prédisposition, fait qui n'est pas en désaccord avec les lois de la pathologie générale.

La coïncidence d'automatisme mental et de syphilis cérébrale, disais-je, ne permet pas d'*affirmer* la nature organique de l'automatisme mental, du moins au sens de Clérambault; une autre hypothèse est d'ailleurs possible.

Prenons le schéma de Grasset, le fameux polygone; rien n'empêche de penser que sous l'influence des lésions cérébrales, le tonus psychique ayant cédé, le centre O se laisse envahir par les éléments du polygone. Cette invasion du conscient par le subconscient se voit couramment chez les surmenés, constituant alors le *mentisme* sur lequel ont récemment insisté Heuyer et Lamache. C'est de la même façon que l'on peut expliquer les cas si intéressants du professeur Claude, où l'on voit les phénomènes hallucinatoires en relation avec l'hypertension intracranienne disparaître sous l'influence d'une ponction lombaire. On s'explique ainsi que les phénomènes du *syndrome de dépossession*, bien que dans un certain sens d'origine organique, répondent aux préoccupations actuelles du sujet, fait sur lequel M. le professeur Claude insiste dans son enseignement.

Car, à mon sens, l'opposition entre psychogénèse et organicisme n'est qu'*apparente*. En effet, M. Claude, dans son enseignement, dans ses différentes communications, fait appel « à certains états organiques ou certaines modifications biologiques des centres nerveux permanentes ou transitoires ». Il admet incontestablement que l'automatisme mental a une représentation cellulaire, et fait jouer un rôle au système neuro-végétatif et à l'émotion dont les relations sont étroites avec ce système. D'autre part, Clérambault, s'il soutient que l'automatisme mental résulte de séquelles subtiles d'intoxication ou d'infection, ne répugne pas à un simple trouble du dynamisme cellulaire. L'accord sur ce terrain me paraît aisé; il ne saurait en être autrement d'ailleurs quand il s'agit d'observateurs également avertis et consciencieux.

En fait, il s'agit de cellules cérébrales qui laissent échapper leur contenu psychique, images, mots, idées, sentiments, à l'insu du sujet, qui le considère comme étranger à lui. On peut penser que deux conditions sont nécessaires pour cela: une prédisposition favorisant la libération de l'automatisme, prédisposition que l'on pourrait appeler, d'un mauvais mot, *constitution automatique*, une action déterminante, infectieuse, toxique, émotive produisant *chez* un *prédisposé* une libération ayant un caractère particulier

La *constitution automatique* engloberait les imaginatifs, les rêveurs, quelques sujets à représentations mentales excessives, les émotifs, les pithiatiques, les crédules (Ceillier), etc.

Cette constitution un peu vaste, je le reconnais, nous permettrait d'expliquer les observations nombreuses où l'on voit les manifestations médiumniques, transitoires, qui sont de l'ordre du pithiatisme, aboutir au délire d'influence.

La notion de prédisposition défendue par Pierre Janet, Grasset,

Gilbert-Ballet et moi-même à propos des délires spirites, trouve donc ici une application plus générale.

II. *L'anxiété et les états anxieux*

L'anxiété. — *Semaine des Hôpitaux*. 1926 (118).

L'isolement thérapeutique des anxieux. — *La Médecine*. 1928 (148).

L'anxiété et les états anxieux. (*En préparation*). Un vol. Maloine, édit.

L'anxiété est un sentiment de danger imminent, une *émotion d'attente*, avec son expression organique, physique, l'angoisse.

Car, avec Brissaud, il faut, dès maintenant, isoler ces deux manifestations: l'*anxiété* et l'*angoisse*, souvent parallèles mais non identiques, la première, *sentiment*, de l'ordre psychique, le seconde, *sensation*, de l'ordre physique.

L'anxiété, *cri d'alarme de l'instinct de conservation*, n'est pas, en soi, un phénomène morbide; réagir par de l'anxiété à un danger, c'est être normal, et ce qui serait anormal, en pareille occurrence, serait de ne pas avoir d'anxiété, le vrai courage étant d'avoir très peur et d'aller de l'avant quand même parce que c'est le devoir.

Une telle réaction affective n'est donc pas du domaine de la psychiâtrie, pas plus d'ailleurs que l'anxiété au cours de certaines maladies générales organiques telles que l'angine de poitrine, les dyspnées cardiaques, pulmonaires, etc., où une anxiété, logique, succède à l'angoisse, phénomène physique.

L'*anxiété* est pathologique ou bien quand elle se produit sans cause réelle, en quelque sorte à vide, ou encore lorsqu'elle est disproportionnée à la cause déterminante.

Analysons l'anxiété et l'angoisse:

L'anxiété porte sur les trois fonctions psychiques essentielles: affectivité, intelligence, volonté. Phénoméne essentiellement de l'ordre affectif, elle est un sentiment d'*insécurité*, une *émotion d'attente pénible*, comme l'espoir est une *émotion d'attente agréable*. Elle s'accompagne, dans le domaine intellectuel, de *doute* et, dans celui de la volonté, d'*irrésolution*.

L'*angoisse*, pathogéniquement, apparaît comme un spasme portant sur les fibres lisses, accessoirement sur les fibres striées.

Examinons un anxieux. Son facies est caractéristique: front plissé transversalement, formant un oméga au-dessus de la racine du nez. Yeux, bouche paraissant rétrécis; regard exprimant toujours l'inquiétude, parfois

l'épouvante. C'est, a-t-on dit, un facies tragique. Le malade va et vient, essaye de fuir, gémit, s'agite (*agitation anxieuse*).

Tous les anxieux d'ailleurs ne sont pas des agités, certains mélancoliques en demi-stupeur pouvant exprimer par des phrases révélatrices leurs préoccupations anxieuses.

Interrogeons un pareil malade. Il accuse une sensation de constriction de la gorge, de la région précordiale, du thorax, des tempes, des troubles de la miction (pollakiurie), de l'appareil digestif, de la sécheresse de la bouche, des sueurs (angoisse respiratoire, cardiaque, digestive, etc.), tous phénomènes bien mis en relief, en 1909, lors des discussions sur l'émotion à la Société de Neurologie, par Dupré et Claude, et qui servent de base à la *constitution émotive de Dupré*, forme atténuée de la *constitution anxieuse*.

L'anxiété, comme nous le verrons, peut être *primitive* ou *secondaire* à d'autres troubles psychiques. Dans la plus grande majorité des cas, elle a son maximum le matin, si bien que le malade semble avoir la hantise de l'aurore et l'appréhension de la journée à venir. Cette appréhension s'atténue dans la soirée. Quelques auteurs ont insisté sur l'apparition de l'anxiété avec les périodes digestives. Dans un cas de M. Tinel, les troubles disparaissaient par l'ingestion alimentaire.

L'anxiété perturbe particulièrement le sommeil, et l'*insomnie* de l'anxieux doit être une des préoccupations constantes du thérapeute. Dans quelques cas, sur lesquels a insisté mon maître Gilbert-Ballet, l'insomnie apparaît comme un *équivalent de l'anxiété*.

Quand le malade dort, le mal n'abandonne pas encore sa proie et c'est le *rêve anxieux;* rêve zoopsique terrifiant de l'alcoolique qui précède le *délire de rêve, rêve du mélancolique* qui prend la couleur de son délire, *rêve de l'obsédé* qui réalise son obsession. J'observais, il y a quelque temps, à l'Hôtel-Dieu, un mélancolique obsédé par l'idée de meurtrir sa femme et, comme il ne dormait pas, lui ayant demandé un jour machinalement les motifs de son insomnie, il me répondit: « Je m'empêche volontairement de dormir, car chaque fois qu'il m'arrive de céder au sommeil, je rêve que j'étrangle ma femme ».

Enfin, dans une modalité très curieuse signalée par Logre, l'anxiété, *camouflée* alors, apparaît sous la forme de l'*impuissance intermittente*.

Les conséquences de l'anxiété, dans l'ordre psychique, peuvent être des phénomènes d'inhibition, de confusion mentale, d'automatisme et même la genèse de certaines psychoses, comme les cas publiés entre autres par MM. Claude et Borel.

Du point de vue médico-légal, l'anxiété a comme réaction immédiate la *fugue* qui, dans certaines conditions, peut poser des questions importantes de l'ordre judiciaire.

Enfin, dans les formes graves, la fugue se fait dans la mort.

*
* *

L'anxiété atteint spécialement certaines races, surtout les vieilles races. Elle est le fruit des unions entre consanguins, elle est essentiellement héréditaire et familiale.

Elle peut être le lourd héritage de l'individu, l'accompagner, plus ou moins intense, plus ou moins continue, de sa naissance à sa mort. C'est alors la *constitution anxieusé*. Elle peut aussi se traduire par des paroxysmes liés aux accidents de certaines *maladies constitutionnelles avec anxiété*.

La *constitution anxieuse* va s'exprimer, vous le devinez, par des troubles physiques, du type de l'angoisse, par l'*insécurité*, le *doute* et l'*irrésolution* dans le domaine psychique.

Je ne vous répéterai pas ici ce que je vous ai dit plus haut à propos de l'angoisse. Notez seulement que les phénomènes viscéraux de l'ordre spasmodique qui la caractérisent peuvent être eux-mêmes facteurs de *préoccupations hypocondriaques*, génératrices à leur tour d'anxiété.

Je vais esquisser, dans une vue d'ensemble, le *curiculum vitæ* de l'anxieux constitutionnel, empruntant les principaux éléments de cette esquisse au remarquable ouvrage de MM. Devaux et Logre, en vertu de ce principe que l'on n'emprunte qu'aux riches.

Dès *l'enfance*, l'anxieux apparaît comme légèrement anormal; c'est l'enfant facilement irritable, qui s'isole, qui n'aime pas le jeu. Redoutez tout, messieurs, pour l'enfant qui ne joue pas. Plus tard, il va se révéler étonnamment sensible, justifiant la confession de ce grand anxieux que fut J.-J. Rousseau: « Je sentis avant de penser. »

C'est alors que va apparaître ce phénomène si impressionnant de la *terreur nocturne*. Il ne s'agira pas de la peur jusqu'à un certain point légitime de quelques enfants victimes de leur imagination et des récits maladroits de leur entourage, mais d'une anxiété non *intellectualisée*, d'une anxiété sans l'idée, mais avec le sentiment du danger qui poussera impérieusement l'enfant à chercher la sécurité dans le sein de sa mère.

Pour ces petits êtres, *l'école* est souvent une épreuve insupportable à laquelle ils ne peuvent s'accoutumer, leur déséquilibre psychique exigeant longtemps le réconfort du foyer familial.

Quand ces sujets trop sensiblés ne sont pas compris, quand ils se heurtent à l'incompréhension du maître ou des parents, des drames affreux se jouent dans leur petit cerveau, pouvant aboutir à la fugue ou à cette chose atroce qu'est le *suicide des enfants.*

Adolescent, l'anxieux constitutionnel, timide et irrésolu, continue de fuir le monde. Il apporte en toutes choses l'indécision, le doute et a une peine particulière à surmonter les épreuves de la scolarité.

Lorsque va s'éveiller en lui *l'instinct* puissant qui, par l'enchaînement des êtres, relie les puissances mystérieuses du passé aux puissances non moins mystérieuses de l'avenir, lorsque va sonner cette heure du berger vers laquelle tant d'êtres aspirent, il recule l'aiguille de l'horloge, s'arrête au bord du Rubicon sans oser le franchir et, quand il se décide enfin à livrer bataille, voit sa première défaite terminer son premier combat.

C'est aussi l'époque des amours inavouées, de la sentimentalité stérile qui exacerbe l'affectivité.

Voilà notre anxieux à la *caserne.* Séparé des siens, soumis à une discipline à laquelle il n'est pas habitué, il va voir s'exagérer ses tendances anxieuses et sa *nostalgie* pourra le conduire à la *désertion,* voire à la désertion de la vie. Ce *suicide des soldats,* souvent éminemment contagieux, lorsqu'il n'aboutit pas, provoque justement les sévérités de certains codes militaires. C'est sans doute pour pallier cette contagiosité du suicide, que jadis, certaines législations civiles et toujours la législation religieuse ont poursuivi ces déserteurs de la vie, jusque dans leurs cadavres. Ce soldat anxieux s'est révélé, pendant la guerre, le *poltron pathologique,* bien décrit par MM. Abadie et Logre, poltron pathologique incapable d'action efficace, même à l'arrière du front.

Il aurait été sans doute un anxieux constitutionnel, s'il eût existé, le citoyen de l'antique Phocée, qui mourut de peur à quelque mille kilomètres du front, si l'on en croit le cruel et injuste poème de l'auteur des *Chants du Soldat.*

Voyons notre anxieux *adulte.* Voyons-le époux *jaloux,* pas plus sûr des autres que de lui, père préoccupé, hypertrophiant le moindre des maux de ses enfants. Voyons-le sursautant au moindre bruit, appréhendant toujours de mauvaises nouvelles, pessimiste toujours, préoccupé à l'excès de sa santé et de celle des autres, ayant comme on l'a dit, *l'instinct du malheur,* tandis que souvent, fait étrange, des malheurs réels ne l'émeuvent pas à l'excès.

C'est le *scrupuleux,* le *superstitieux,* l'homme du 13 à table, celui qui redoute le vendredi, qu'affolent, dans la rue, certaines rencontres et

qui ferait volontiers l'application de la boutade si héroïque, si française en un mot, de Malesherbes trébuchant en marchant à la mort : « Un Romain serait rentré chez lui. »

C'est aussi le pseudo-vertigineux des hauteurs, de la foule, des espaces, etc., c'est l'homme de ces petites manies, de ces grimaces, de ces tics qui surprennent l'entourage et qui ne sont que des procédés mis en pratique pour conjurer le sort. Cet homme, qui redoute le malheur, semble attiré par les lieux où ces malheurs se révèlent. Il aime les spectacles de certains théâtres qui font un jeu de la terreur, il recherche les cérémonies funèbres, il est l'hôte des cimetières, le visiteur passionné des tombes; c'est, selon la forte expression de Freud, un *oiseau de la mort*.

Quand vient la *vieillesse* avec son lot trop fréquent d'infirmités, avec le renoncement à l'amour, avec les vides qui se creusent autour et trop souvent au-dessous du vieillard, la disposition anxieuse s'accuse, prend la forme de l'hypocondrie, du mysticisme, de l'avarice, comme si ces vieillards, au moment de tout abandonner, tout en ayant plus d'attachement pour les biens de ce monde qu'ils vont perdre, trouvaient dans les éléments de leur anxiété, une lueur d'espoir intéressé en un monde futur.

Ainsi, de la naissance à la mort, l'anxieux constitutionnel a vécu une vie cahotée, douloureuse, qui ne valait certes pas d'être vécue, et s'il arrivait à l'un d'eux d'écrire ses mémoires, il pourrait dire avec J.-J. Rousseau : « Ma naissance fut le premier de mes malheurs. »

Sur ce terrain ainsi esquissé, peuvent apparaître des *crises paroxystiques* durant quelques heures, crise du *type émotif* qui est en somme la crise hystérique dépouillée de toute la fantasmagorie mythomaniaque, *crise vertigineuse* ou pseudo-vertige anxieux, *ictus émotif* avec chute par inhibition, *colère anxieuse*, sorte d'*équivalent psychique* qui surprend le sujet lui-même et dont il sort contrit et repentant.

Imaginez, au lieu d'une de ces crises transitoires, un état subaigu prolongé plusieurs semaines ou plusieurs mois, empêchant toute occupation, transformant, en un mot, le déséquilibré en un malade, et se traduisant par une *anxiété diffuse* non intellectualisée, *pantophobique*, sans objet précis, et vous aurez affaire à ce que Freud a appelé d'un mot doublement mauvais *névrose d'angoisse*, que Brissaud a proposé de nommer *névrose d'anxiété* et qui est plus justement la *psychose anxieuse* de Devaux et Logre.

J'ai volontairement poussé au noir le tableau clinique de l'anxieux constitutionnel pour mieux vous en marquer les caractères. Il s'en faut de beaucoup que tous les anxieux soient de tels malades et l'on pourrait

facilement opposer à ces *grands anxieux*, un type atténué de *petits anxieux* extrêmement fréquent, et qui correspond à un groupe de sujets — à peine des malades — que l'on a accoutumé d'appeler des *émotifs*.

De ceux-là, je ne vous dirai rien, craignant de trop vous en dire, mais ces *sensibles*, ces *impressionnables*, ces *vibrants*, en un mot, sont-ils des déshérités de la nature?

Telle n'est pas l'opinion du Professeur Speyr (de Berne), qui écrivit « seuls les psychasthéniques (lisez *anxieux*) font quelque chose dans la vie ».

N'est-ce pas dans leur phalange que se recrutent ceux dont la prestigieuse production n'est que l'écho d'une émotion personnelle, les artistes, les musiciens et surtout les poètes, dont les poèmes sont souvent inspirés d'une émotion d'attente.

Et j'en sais d'immortels qui sont de purs sanglots.



Pour nombre de médecins, voire pour quelques psychiâtres, l'isolement est la panacée des états anxieux; il n'est pas dans mon intention de m'inscrire en faux contre une opinion que je trouve néanmoins très exagérée.

Il ne sera pas question ici de l'isolement, *mesure de sécurité*. Il est des cas où l'anxieux doit être protégé contre lui-même. Je sais cependant des exemples où, après tentative de suicide, des anxieux, sous quelque surveillance, ont pu mener à bien leur crise dans le milieu *familial*, jusqu'à guérison; ce n'est pas à dire que l'on soit en droit de prendre ces exemples comme règle de conduite.

Le seul point de vue à envisager ici est le suivant: *dans quelles conditions l'isolement a-t-il une action sédative sur l'anxiété?*

Il est une catégorie d'anxieux sur lesquels cette thérapeutique est essentiellement efficace: ce sont *ceux qui désirent l'isolement*, se rendant compte eux-mêmes des inconvénients pour eux de l'existence dans le milieu familial; car, ce qui paraît fâcheux au point de vue de l'évolution de l'anxiété, c'est que le malade ait le sentiment d'une contrainte. Toute question de légalité mise à part, il est mauvais de maintenir isolé un anxieux contre son gré. *L'anxieux*, en effet, *est avant tout un interprétant*, et un *interprétant pessimiste*, qui pourra puiser dans l'isolement forcé des éléments d'interprétation délirante plus ou moins tenaces. Je sais l'histoire pénible de trois anxieux hypocondriaques, maintenus en maison

de santé, un peu malgré eux, dans la meilleure intention d'ailleurs, qui, rendus à la vie familiale, leurs préoccupations apaisées, ont pendant plusieurs mois conservé des idées de persécution sur fond de subanxiété, idées de persécution ayant eu pour point de départ les jours d'isolement.

La séparation du milieu familial est surtout indiquée chez ceux dont l'entourage, et c'est fréquent, manque de la psychologie nécessaire à ceux qui traitent de tels sujets. Il est pour cet entourage deux façons de nuire au malade: la première consiste à s'apitoyer trop sur son sort, à l'entourer de soins excessifs, de gâteries inopportunes; c'est le fait, en général, des parents. Je viens de voir un jeune obsédé entouré par des parents d'ailleurs névropathes de la sollicitude la plus maladroite. Je conseillai l'isolement en maison de santé; au bout de trois jours les parents reprenaient le malade, ayant accepté des récriminations d'ailleurs parfaitement fausses. Dans d'autres cas, c'est l'excès contraire: les familiers traitent le malheureux anxieux de malade imaginaire, et exigent de lui des efforts qu'il est incapable d'accomplir et dont les vaines tentatives augmentent son anxiété. M. le professeur Claude montrait récemment, à l'une de ses leçons, une femme qui avait la phobie des couteaux et à qui, comme thérapeutique unique, dans la vaine pensée de redresser sa volonté déficiente, son entourage présentait constamment des couteaux. Cette thérapeutique s'adressant illusoirement à la volonté, oubliait de tenir compte de l'élément affectif prédominant.

Les *modalités* de l'isolement varieront avec le degré et la forme de l'anxiété. Dans certaines formes très légères, ou sur leur déclin, *le déplacement* peut rendre quelques services, car il n'est pas mauvais de soustraire le malade à son ambiance; dans ce cas, *l'isolement sera relatif*, le malade étant accompagné par la personne (parent ou ami) qui présentera le plus de garantie au point de vue psychologique. Bien entendu, déplacement ne veut pas dire voyage, ou du moins voyage prolongé, ni distraction. Il n'est pire méthode que celle, conseillée parfois, de distraire à tout prix le malade. L'anxieux, d'ailleurs, n'apprécie pas les distractions qui sont pour lui une source de surmenage affectif.

L'isolement à domicile est difficile, pour ne pas dire impossible; néanmoins, dans certaines circonstances, il est réalisable. Dans des formes légères, en effet, on peut essayer du séjour à la campagne avec un entourage judicieusement choisi.

La *maison de santé ouverte* est évidemment le refuge de choix du malade qu'il faut isoler; elle convient, je le répète, avant tout, à ceux qui désirent l'isolement, à ceux qui sont mal entourés, à ceux enfin pour

lesquels la liberté est un danger. En dehors de ces éventualités, très fréquentes il faut l'avouer, dans un grand nombre de cas, l'anxieux peut demeurer dans le milieu familial.

La maison de santé offre l'avantage, en dehors de l'isolement, de la présence de médecins avisés dont les visites, bi-quotidiennes au moins, ont sur l'état mental de l'anxieux le plus heureux effet. Je sais des malades qui attendent avec impatience ces visites, et sont apaisés par quelques paroles de réconfort. Le médecin de maison de santé, en effet, a les qualités nécessaires à ce rôle de psycho-thérapeute: la compréhension, la patience, le tact, la douceur, et, plus importante peut-être encore, la bonté. Ces qualités, il serait à souhaiter que, toutes proportions gardées, on les retrouvât chez le personnel infirmier qui entoure immédiatement le malade. Ce personnel *doit être soigneusement sélectionné au double point de vue moral et professionnel.* Chez les trois malades cités plus haut, où l'on vit un délire de persécution éclore en maison de santé, le point de départ des interprétations délirantes fut, incontestablement, la maladresse et le manque d'égards du personnel infirmier; mais il s'agit là fort heureusement d'exceptions.

Le malade en maison de santé, l'isolement va-t-il être complet? Contrairement à l'opinion d'un grand nombre de mes confrères, je réponds: non. J'ai la conviction que des visites fréquentes, mais courtes, peuvent être favorables au malade, à condition, là encore, de choisir la personnalité dont la présence ne sera pas nocive. Dans quelques cas, on préférera un ami à une personne de la famille, mais il ne saurait y avoir de règle; c'est au médecin, après entretien avec l'entourage, qu'il appartiendra de désigner le visiteur, le rythme et la durée des visites; il pourra même, dans quelques circonstances, être en tiers, au moins au cours des premières visites.

Le retour au foyer familial représente, pour l'anxieux, un écueil dont il faudra savoir diminuer puis éliminer les dangers. Le malade, en effet, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, a vécu d'une vie artificielle, et sans heurts, sous la tutelle de ses médecins. La seule perspective de reprendre la vie ordinaire qu'il désire ardemment cependant, peut être pour lui la cause d'un paroxysme anxieux. Un sujet depuis quatre mois en maison de santé, et suffisamment amélioré en apparence, devait rentrer prochainement chez lui; il le désirait vivement et l'on avait fait droit à sa demande. Les jours qui précédèrent la date présumée de son départ, il fit une tentative de suicide; il avoua, alors son désarroi et reconnut que la perspective de la reprise de la vie en société avait été la cause d'un retour anxieux. Le malade, pourrait-on dire, est *sensibilisé par l'isolement;* pour le *désensibiliser,* il faut progressivement, par des sorties d'essai plus

ou moins prolongées, le réadapter à une existence avec laquelle il a perdu tout contact.

Sous les réserves que je viens de faire, et sans considérer l'isolement comme la panacée des états anxieux, j'estime qu'il constitue un précieux adjuvant des médications, dont la plus efficace est, sans contredit, il faut bien l'avouer, le temps.

* * *

L'anxiété et les états anxieux. En collaboration avec M. le Professeur Claude.

Dans cet ouvrage en préparation, qui doit être une étude complète de la question, nous insisterons en particulier sur les points suivants :

a) Importance de l'anxiété en pathologie mentale.

b) Les anxieux interprétants.

c) La place de la psychasthénie et de la neurasthénie dans le groupe des états anxieux.

III. — *Spiritisme et folie*

Deux cas de délire de persécution à forme démonomaniaque développés chez des débiles à la suite de pratiques spirites. — *Société de Psychiâtrie*. 1908 (5).

Délire de médiumnité à caractère polymorphe. — *Société Médico-Psychologique*. 1909 (9).

Spiritisme et folie. — *L'Encéphale*. 1910 (19).

Un cas de délire spirite. — *Société de Psychiâtrie*. 1912 (45).

Au sujet du traité de métapsychique du Professeur Richet. — *L'Encéphale*. 1922 (84).

Délire spirite, obsession et pithiatisme. — *Société de Psychiâtrie*. 1928 (155).

Spiritisme et pithiatisme. Le délire. — *Semaine des Hôpit*. 1929 (165).

Le délire spirite. — *Progrès Médical*. 1929 (170).

Dans cette série de travaux étayés par un grand nombre d'observations inédites, j'insiste sur les dangers des pratiques spirites favorisant l'éclosion des phénomènes d'automatisme mental. Dans mes différentes études sur ce sujet, comme sur le syndrome de dépossession, j'ai montré que le passage de la *transe* du spirite, folie *transitoire*, à la psychose hallucinatoire chronique est un argument contre la thèse organiciste de l'automatisme mental.

La dernière malade observée pose le problème des relations de la folie spirite avec le pithiatisme.

Du point de vue dogmatique, le spiritisme a été dépouillé par les médecins des faits relevant de l'automatisme psychologique (mobilisation avec contact, raps, écriture automatique, délire prophétique) les métapsychiques lui enlèvent encore les déplacements sans contact, les apparitions. Il ne reste plus guère au spirite que sa foi.



Fig. 21. — Berbiguier.

Une forme littéraire du délire d'interprétation. Berbiguier de Terre-Neuve du Thyn. — *L'Encéphale*. 1911 (39).

Un cas de démonopathie, type Berbiguier. — *Société de Psychiâtrie*. 1927 (137).

Ce sujet a fait l'objet d'une leçon inédite avec projections (Asile Sainte-Anne, 1927).

Dans son ouvrage en 3 vol. in-8, « les Farfadets » (1821), Berbiguier raconte, avec illustrations à l'appui, les tribulations qu'il subit de la part des Farfadets.

J'ai essayé de reconstituer l'histoire de Berbiguier et suis arrivé à cette conclusion opposée à celle des aliénistes qui l'ont étudié: il s'agit d'un délire d'interprétation et non d'un délire hallucinatoire.

Bovarysme et Constitutions mentales. — *Journal de Psychologie normale et pathologique* (*Sous presse*) (167).

Le bovarysme, écrit Jules de Gaultier, est « le pouvoir départi à l'homme de se concevoir autre qu'il n'est ». L'exagération de cette heureuse faculté est seule anormale.

Une première conséquence du bovarysme est de concevoir le monde autre qu'il n'est, « chacun de nous apercevant non pas l'univers, mais son univers ». Cette formule englobe toute l'illusion du présent et tout l'espoir de l'avenir. Là encore, sous certaines réserves, rien d'anormal.

Rien de nuisible non plus quand le sujet, se conformant à cette double illusion, entre alors dans l'action. Si l'écart est minime (index bovaryque) entre les puissances d'action et le but poursuivi, le résultat est heureux et le sujet progresse. Dans le cas contraire il y a déviation du potentiel réel gaspillé et résultat comique ou tragique selon le but convoité. Auguste grotesque, veut imiter la ballerine aux mouvements harmonieux et tombe lamentablement sur l'arène, Icare, sublime, veut imiter l'aigle qui fend les airs et tombe dans la mer Egée.

La déformation bovaryque se retrouve non seulement chez la plupart des héros de Flaubert mais dans Cervantes, Molière, La Fontaine, etc.

Quand Chantecler croit que son chant allume les feux de l'aurore, n'est-ce pas dans la pensée du poète la symbolisation de la fiction universelle.

Dans la vie, bovarysme les vocations ratées, le snobisme, le violon d'Ingres et pas mal d'utopies. Le bovarysme n'est pas seulement le fait

des individus, il est aussi celui des sociétés et peut avoir alors des conséquences funestes.

Le bovarysme est richement représenté en pathologie mentale par les délires, en particulier les *délires de situation*, mais, dans cet article, je n'envisage que les constitutions.

La *constitution imaginative du mythomaniaque* est, au premier chef, imprégnée d'un bovarysme, que l'on peut dire primitif.

Les constitutions paranoïaque, schizoïde et anxieuse réalisent un bovarysme secondaire.

Le *paranoïaque*, comme l'a vu Génil-Perrin, méfiant, redoutant les embûches de l'entourage, s'isole dans son moi que son orgueil pathologique fait aussi glorieux que possible.

Le *schizoïde* a perdu *le contact du réel;* chez lui plus que chez les autres sujets, le rêve est une compensation (Claude, Borel et G. Robin).

Enfin, l'*anxieux*, hésitant, douteur, scrupuleux, pessimiste, redoutant l'action par peur de l'effort est l'un de ceux pour qui le mirage bovaryque est un refuge nécessaire.

L'étude de deux malades complète cette étude : un *mythomane*, un *anxieux*. Ce dernier a écrit une importante auto-biographie.

Syndrome de Korsakoff

Diplégie brachiale polynévritique à début apoplectiforme avec troubles mentaux au cours d'une intoxication saturnine chronique. En collaboration avec M. le Professeur Claude. — *Société de Neurologie*. 1908 (7).

Amnésie à prédominance antérograde au cours d'une syphilis cérébro-spinale. En collaboration avec M. le Professeur Claude. — *Société de Psychiâtrie*. 1911 (31).

Amnésie antérograde chez un tuberculeux. — *Société de Psychiâtrie*. 1924 (89).

Guérison dans un cas de psychose de Korsakoff. — *Société de Psychiâtrie*. 1926 (119).

Syndrome de Korsakoff. — *Semaine des Hôpitaux*. 1926 (120).

La simple lecture de ces titres montre la diversité d'étiologie d'un syndrome pouvant appartenir à toute infection, à toute intoxication.

Le malade qui fit l'objet des observations 4 et 5 avait retenu mon attention à cause du pittoresque de sa présentation. Il avait fait des excès de boisson lors de la mort d'un fils tué au Maroc et avait trouvé dans l'amnésie antérograde de l'alcoolisme l'oubli de son malheur. Tous les jours il se mettait à table face au couvert du disparu et, le repas achevé, croyait l'avoir partagé avec lui, rappelant le héros de M. Estaunié, M. Baslèvre, prenant son repas devant le couvert de sa défunte amie.

La constitution paranoiaque. — *Progrès Médical.* 1927 (133).

L'*orgueil*, la *méfiance*, la *paralogique*, avec comme conséquence l'*inadaptabilité*, voilà les éléments essentiels de la *constitution paranoiaque*.

Le paranoiaque, *inadaptable*, va se réfugier dans la *solitude*, solitude en lui-même sous forme de *rêverie*, mais de *rêverie intermittente* dont il sortira pour quelque acte violent, solitude aussi dans le monde. De tels sujets se réfugient volontiers dans la nature qui ne les contrarie et ne les humilie point.

Il était un amant de la nature, ce paranoiaque de génie du XVIII[e] siècle dont les *Confessions* sont un admirable monument d'orgueil, de méfiance et de raisonnement faux, ce Jean-Jacques, qui, inadaptable et se réfugiant dans la solitude de son rêve et de sa vie, devait terminer sa carrière littéraire et son existence par ce livre au titre si douloureusement symbolique: *Les rêveries d'un promeneur solitaire.*

Le paranoiaque fait d'orgueil, d'égoïsme, de méfiance et de faux raisonnement était inadaptable à la société. C'est cependant dans la société qu'il nous faut l'étudier, car ce n'est pas dans les asiles que vous le rencontrerez, c'est dans la rue, dans les salons, autour de vous, où il se fera remarquer par son caractère insolite.

Pour préciser les idées, envisageons le *curriculum vitæ* du paranoiaque dans la société.

Ce n'est pas chez le petit enfant qu'il est possible d'étudier un tel type; l'enfant est un paranoiaque logique, un paranoiaque de droit, si j'ose dire. En effet, il est naturel, chez lui, que se développe avant tout la tendance expansive, la *tendance égoïste*, puisque c'est sa raison et son moyen de vivre et de se développer.

Il est naturel que se développe bientôt aussi, oh! bien atténuée, la *tendance défensive*.

Le *raisonnement* n'est pas encore intervenu qui limite la première tendance et dirige la seconde.

L'enfant est donc au stade de l'homme primitif, stade auquel s'arrêtera le paranoiaque.

Voyons-le à l'école. C'est souvent un brillant écolier, un fort en thème, mais déjà difficilement discipliné au règlement scolaire; il lui arrivera de négliger certaines parties de son programme qui ne lui plairont pas pour développer certaines autres. Chez l'écolier déjà, on voit se développer cette habitude, si fréquente, des paranoiaques, de s'instruire eux-mêmes. On verra, par exemple tel écolier apprendre seul une langue étrangère qui ne lui est pas demandée. Tous les écoliers *autodidactes* ne sont pas des paranoiaques. Il ne me viendra pas à l'esprit d'enrégimenter dans leur troupe l'immortel auteur des « Pensées » qui, à l'insu de son père, découvrit avec des barres et des ronds jusqu'à la trente-deuxième proposition d'Euclide.

Elève indiscipliné, l'écolier paranoiaque est souvent aussi mauvais coucheur, se méfiant des autres, se croyant supérieur à eux, ne pouvant entretenir d'amitié durable.

Dans un grand nombre de cas, cet écolier, en apparence brillant, échoue aux examens et, dans sa vanité meurtrie, loin de s'en prendre à son déséquilibre psychique, proclame l'injustice des maîtres et des examinateurs.

L'enfant, puis l'adolescent, ainsi orgueilleux et méfiant, cache souvent son orgueil sous une fausse modestie. Ah! redoutez l'immensité de l'orgueil des faux modestes. Il dissimule ainsi sa méfiance, sous un masque de *timidité*. C'est cette *timidité* et cet *orgueil* souvent cachés qui, lorsque apparaît l'éveil de la sexualité, vont faire que le sujet redoutant l'expansion normale de sa virilité, parce que méfiant et timide, ne voulant pas se confier parce que orgueilleux, va avoir dès le début une vie *génitale anormale* pouvant conduire aux pires *perversions*.

Le régiment est souvent la pierre de touche du paranoiaque : incapable de soumettre son orgueil à la discipline, il fait la forte tête, le mauvais soldat et termine sa carrière militaire au bataillon disciplinaire; mais dans la vie militaire comme dans la vie civile, le paranoiaque, s'il n'est pas en même temps un pervers, n'a pas maille à partir avec la justice, du moins pour des délits de droit commun, car il est le plus souvent scrupuleusement, orgueilleusement honnête.

Cette étape franchie, voyons le paranoiaque dans la vie. Ouvrons les yeux, regardons autour de nous.

Entrons dans un restaurant:

Voici un client qui interpelle d'une façon insolite le garçon parce qu'une côtelette est trop cuite, un café pas assez chaud.

Ce n'est pas là seulement une réclamation justifiée, c'est un *grief personnel* contre lequel il proteste.

C'est ce même *grincheux* qui, dans le métro, interpellera le conducteur parce qu'une porte est mal jointe ou parce que le départ aura été précocement donné. C'est le même qui, bousculé par un passant pressé, prétendra avec véhémence que ce geste a été volontaire.

C'est le *susceptible* qui se froissera d'une poignée de main pas assez chaleureuse, d'un salut oublié ou d'une invitation égarée.

C'est le même individu qui, en quête de *petites inventions*, souvent ridicule, de martingales, etc., essayera de vous convaincre de ses fastidieuses démonstrations.

Malade, sa maladie, comme la hernie de J.-J. Rousseau, devra intéresser toute la société. Pendant quelque temps, il vous obsédera de la thérapeutique de son médecin, naturellement le meilleur parmi les meilleurs, puis bientôt pour un borborysme douloureux, le médecin sera voué aux gémonies et le malade se soignera lui-même car l'*autothérapeute* est le frère jumeau de l'*autodidacte*.

Citoyen, le paranoiaque bien que, ainsi que je l'ai dit, orgueilleusement honnête, aura affaire à la justice, à laquelle il fera appel d'une façon insolite. Ce sera l'homme qui, à tort ou à raison, mais toujours avec excès, protestera contre le fisc, l'octroi, la police, la poste, etc.

C'est lui qui, par excellence *chicaneau*, fera un procès à son propriétaire pour une cheminée qui tire mal ou à son voisin pour un arbre qui dépasse un mur.

Le paranoiaque est souvent *altruiste*. Je n'ai pas besoin de vous dire combien souvent l'*altruisme* n'est que de l'égoïsme dissimulé. Cette loi est avant tout applicable aux paranoiaques.

Selon ses tendances, il va se consacrer avec excès à des *réforme politiques, sociales, mystiques, littéraires, artistiques*, etc., faisant du *prosélytisme* à outrance et le créateur ou le propagandiste de certaines sectes *religieuses*, de certaines théories *utopiques*, de quelques *clubs dits avancés*, d'un certain nombre d'œuvres qui font, un temps, beaucoup de bruit et dont il ne demeure rien.

Le paranoiaque peut être *amoureux* comme les autres hommes, mais sa timidité souvent lui interdit de réaliser ses désirs et il pourrait dire comme le poète :

> Et celle qui l'a fait n'en a jamais rien su.

Mais s'il ne dit pas souvent son amour, il n'en est pas moins convaincu que toutes les femmes sont éprises de lui; s'il arrive, par malheur, à l'une

d'elles de tomber dans ses bras, cet orgueilleux, ce méfiant, la fait rapidement la victime d'une *jalousie morbide.*

Chez cet homme théorique, qui possède tous les attributs du paranoiaque, vous avez vu déjà s'esquisser les caractères qui, chez le *paranoiaque délirant,* vont faire le *revendicateur,* le *processif,* l'*inventeur,* l'*hypocondriaque,* le *mystique,* le *politique,* l'*érotomane* et le *jaloux.*

Le paranoiaque, dont l'orgueil méfiant et le raisonnement faux vont se heurter constamment à l'ambiance, à la société, va insensiblement s'abstraire de cette ambiance, fuir cette société.

Souvent, il se réfugie dans une sorte de vie intérieure de *rêverie* où il se complaît et qu'il peuple au gré de ses tendances.

Il se produit là, parfois, dans l'esprit du sujet une création imaginative qui lui permet de se donner des qualités irréelles, de se créer une personnalité avantageuse fictive, réalisant ce que Jules de Gaultier a appelé le *bovarysme* qui serait mieux nommé le *flaubertiste,* car Emma Rouault, Mme Bovary, partage cette tendance d'esprit avec Homais, avec Bouvard et Pécuchet, etc.

Cette rêverie *secondaire* et dont le sujet sortira de temps en temps pour une protestation, pour un excès quelconque, n'a rien de commun avec l'*intériorisation primitive* du *schizoïde.*

Le paranoiaque, quand il sort de sa rêverie, peut s'extérioriser dans des *autobiographies* retentissantes dont la plus célèbre est « les Confessions » monument admirable d'orgueil, de cynisme et de méfiance, que l'on trouve concrétisé dans cette première page: « Je forme une entreprise qui n'eut jamais d'exemple et qui n'aura point d'imitateur. Je veux montrer à mes semblables un homme dans toute la vérité de la nature. Ce sera moi, moi seul. Je sens mon cœur et je connais les hommes. Je ne suis fait comme aucun de ceux que j'ai vus, j'ose croire n'être fait comme aucun de ceux qui existent. Si je ne vaux pas mieux, au moins je suis autre. »

Cette simple phrase est toute une confession.

Elle exprime, avec une fausse modestie, l'orgueil de différer des autres hommes, même si cette différence porte sur des vices, des turpitudes, voire des infirmités!

Et plus loin cette invocation au Tout-Puissant: « Rassemble autour de moi l'innombrable foule de mes semblables, qu'ils écoutent mes confessions, qu'ils gémissent de mes infirmités, qu'ils rougissent de mes misères, que chacun d'eux se découvre à son tour au pied de ton trône avec la même sincérité et puis qu'un seul te dise, s'il l'ose: « Je suis meilleur « que cet homme-là! »

Le paranoiaque, je vous l'ai dit, se réfugie souvent dans la nature

dont la grandeur n'humilie pas son orgueil, dont les manifestations n'excitent pas sa méfiance, où aucune contradiction ne naît pour redresser son jugement.

A la ville comme à la campagne d'ailleurs, le paranoiaque qui fuit les hommes est abandonné d'eux et, ayant ainsi fait le vide autour de lui, arrivé à la fin de sa carrière, il pourra s'écrier avec le poète qui fut, lui aussi, un grand paranoiaque :

Je meurs et sur la tombe où lentement j'arrive
Nul ne viendra verser des pleurs.

Considérations sur l'état mental de la ménopause. — *Journal Médical Français.* 1928 (149).

La sémiologie mentale de la ménopause est dominée par l'*anxiété*, que celle-ci se manifeste dans sa pureté ou se dissimule sous un masque quelconque, ou encore qu'elle soit l'occasion d'*interprétations* exogènes ou endogènes, car, on ne saurait trop le répéter, les *anxieux sont avant tout des interprétants pessimistes*, mécontents d'eux-mêmes et des autres.

Il faut considérer, dans l'état mental de la femme arrivée à l'âge critique, deux groupes de faits distincts: 1° les *troubles élémentaires* ou *petits troubles mentaux*, assez particuliers à la ménopause, et qui, jusqu'à un certain point, paraissent ressortir à celle-ci; 2° les *syndromes mentaux* au cours de la ménopause se présentant souvent comme des coïncidences, mais au cours de l'évolution desquels on reconnaît certains des éléments du premier groupe; c'est sur ces premiers éléments, d'ailleurs, que je m'arrêterai surtout.

Les TROUBLES ÉLÉMENTAIRES DE LA MÉNOPAUSE apparaissent essentiellement comme des perturbations de l'affectivité avec presque toujours, patent ou dissimulé, *un élément anxieux*. On peut très arbitrairement, néanmoins, les diviser en trois groupes : le caractère, les états anxieux proprement dits, les troubles sexuels.

1° LE CARACTÈRE. — Deux mots stigmatisent surtout le caractère de la *ménopausique morbide: irritabilité, susceptibilité*, véritable camouflage de l'anxiété. La malade, c'est en effet une malade, ne supporte aucune contradiction, interprète mal tous les propos, n'accepte aucune explication, est en tout d'une mauvaise foi insigne; elle a soif d'égards, de concessions, et n'est heureuse que dans l'humiliation, voire l'écrasement de ceux qui deviennent ses souffre-douleurs. Ball fait justement observer que c'est là

le type de la *belle-mère*, dont les auteurs comiques ont usé et abusé. De tels troubles du caractère, souvent durables indéfiniment, peuvent conduire à des excès regrettables, voir au meurtre de la bru, et je ne crois pas qu'en l'espèce, il soit nécessaire de faire intervenir un principe freudien, comme le fit à propos d'une affaire récente, dans un article d'ailleurs captivant, une psychanaliste au nom deux fois illustre.

A l'*irritabilité* et à la *susceptibilité*, il faut ajouter la *mobilité*, la malade passant successivement de la *gaieté* la plus insolite à la *tristesse* la moins motivée. A côté de cette *instabilité* de l'humeur, on peut noter une sorte d'*instabilité motrice*, qui fait que le sujet ne tient pas en place, va, vient, a, comme on dit vulgairement, des inquiétudes dans les jambes. Enfin la *malignité* n'est pas rare: calomnies, lettres anonymes, etc.

2° Etats anxieux. — Réduit au minimum, cet état, simple *hyperémotivité*, se traduira par une *sensiblerie* particulière, se manifestant par exemple, par des crises de larmes à propos de rien.

Plus importants sont les troubles du type de l'*obsession*, parfois simples caprices rappelant les *envies* des femmes enceintes, plus souvent des *doutes*, des *scrupules*, des *phobies*, du type surtout *hypocondriaque*, enfin des *impulsions: dipsomanie, boulimie, pyromanie, coprolalie*, impulsions au *meurtre*, au *suicide*, et, quoi qu'on en ait dit, *kleptomanie*.

Je rattache aux états anxieux certaines *idées de persécution*, basées sur des *interprétations*, et en particulier des idées de *jalousie*, fréquentes, mais, il faut l'avouer, souvent justifiées, à l'époque de la ménopause.

Enfin, il faut signaler comme particulièrement importantes, les *préoccupations hypocondriaques* sous forme de nosophobies, de cénestopathies, voire d'idées délirantes. L'hypocondrie est souvent d'ailleurs justifiée ici par une base organique : *bouffées de chaleur, vertiges, somnolence* ou *insomnie, céphalée, rachialgie, névralgies* et tous les troubles *cénesthésiques* susceptibles d'interprétations. L'idée délirante de *grossesse* n'est pas exceptionnelle.

3° Troubles sexuels. — Dans des cas rares, la disparition de la fonction génitale s'accompagne de *répulsion* pour le mari, ce qui, on s'en doute, peut provoquer une certaine perturbation dans la vie conjugale. Cette éventualité a été reproduite expérimentalement par le professeur Shickelé, qui, chez des femelles castrées, a noté la répulsion pour le mâle. Le plus souvent, cette répulsion fait défaut chez la femme; il y a seulement *indifférence*, origine d'une *tristesse* dite *sexuelle*, d'après Marañon. J'avoue que je ne comprends pas très bien le mécanisme logique de cette tristesse.

Je conçois qu'un désir non réalisé soit une cause d'affliction, mais non l'absence d'un désir. Je sais bien qu'on m'objectera que la femme devenue frigide ne renonce pas de gaieté de cœur à l'ensemble des avantages mondains qui accompagnent le plaisir sexuel; mais en quoi sa seule indifférence l'oblige-t-elle à ce renoncement? La femme, plus fortunée que l'homme, n'a pas à murmurer avec le patriarche du poète ces mots nostalgiquement évocateurs des paradis perdus: « Quand on est jeune, on a des réveils triomphants! »

Plus importante et combien plus grave est l'*hypersexualité* de la ménopause.

Psychoses puerpérales. — *Paris Médical.* 1929 (164).

L'étiologie des psychoses puerpérales tient dans ces quatre termes : *chocs émotifs, épuisement, infection, intoxication*, avec comme syndrome mental, *la confusion mentale*. La prédisposition, dans cette éventualité est *possible* mais non *démontrée*, — la confusion mentale est un *accident* —. La puerpéralité peut révéler des tendances avec comme conséquences les états anxieux, la manie, la mélancolie. D'où l'opinion de mon maître Gilbert-Ballet.

« Il n'y a pas de psychose puerpérale, disait Gilbert-Ballet, il y a des psychoses puerpérales. »

Je ne crois pas trahir la pensée de mon maître, mais la préciser en ajoutant:

« Il n'y a pas une psychose puerpérale, il n'y a pas des psychoses puerpérales, il n'y a pas de psychose puerpérale. »

En effet, la manie, la mélancolie, l'obsession peuvent apparaître en dehors de la puerpéralité. sous une influence quelconque et sans influence, si les tendances sont suffisamment fortes. Quant à la confusion mentale, elle n'a rien de propre à la puerpéralité. Elle est le syndrome mental de toutes les infections, comme de toutes les intoxications, de la fièvre typhoïde comme de la grippe, de l'alcoolisme comme de l'urémie.

Paralysie générale

Paralysie générale juvénile hérédo-syphilitique, symptômes apraxiques. En collaboration avec M. le Professeur Claude. — *Société de Psychiâtrie.* 1908 (6).

Paralysie générale juvénile chez une malade dont le père et la mère sont morts de paralysie générale. En collaboration avec M. Baudouin. — *Société de Psychiâtrie.* 1912 (41).

Paralysie générale au début avec reconnaissance des symptômes et conservation de l'émotivité et de l'auto-critique. En collaboration avec M. E. Braneam. — *Société de Psychiâtrie.* 1920 (76).

Diagnostic précoce de la paralysie générale de l'adulte. — *Progrès Médical.* 1924 (87).

Dans ces deux derniers travaux, comme dans mon « Précis de Psychiâtrie » et dans mes leçons sur les délires, j'insiste sur la possibilité même à la période d'état, ce qui est exceptionnel, de la *conservation de l'auto-critique.* Dans des cas exceptionnels aussi, les réactions biologiques peuvent faire défaut.

Dans ces articles j'écrivais enfin à propos de l'incurabilité de la paralysie générale :

Actuellement, il semble que ce pessimisme soit moins général; certains auteurs et, parmi eux, Milian et Sicard, Rogues de Fursac, etc., traitent les paralytiques généraux et, sans attester de guérison absolue, affirment chez quelques malades, même à la période d'état, avoir vu le processus s'arrêter.

N'est-on pas en droit de penser que, si l'on traitait ces malades de façon précoce, on parviendrait parfois peut-être à les guérir.

Mais encore faut-il reconnaître de bonne heure la manifestation d'ordre syphilitique susceptible de conduire à cette fin.

Depuis l'époque où j'écrivais ces lignes, la thérapeutique de la paralysie générale a fait les progrès que tout le monde sait. L'active propagande faite par le Professeur Claude en faveur de la malaria-thérapie, aura, nous l'espérons, une influence bienfaisante pour le pronostic d'une maladie trop longtemps considérée comme d'une inexorable évolution.

Démence précoce

Considérations sur l'état démentiel dans la démence précoce. En collaboration avec M. le Professeur Claude. — *Société de Psychiâtrie.* 1910. (28).

A propos de deux malades, nous écrivions: « Chez ces sujets en état de déchéance psychique, non seulement on peut observer des rémissions dans l'insuffisance fonctionnelle, mais il est permis de noter, pendant une période du moins, une sorte de *dissociation* dans les processus morbides, telle qu'à côté de symptômes traduisant une défaillance certaine de l'intelligence, on constate, par instants, des signes d'une activité psychologique

parcellaire, pour ainsi dire, aboutissant à des manifestations qui contrastent réellement avec l'expression ordinaire du psychisme de l'individu.

C'est donc en 1910 que nous écrivions, à propos de la démence précoce, le terme *dissociation;* en 1911, Chaslin parlait de *discordance* et la doctrine de la *schizophrénie* était proposée en 1916 par Bleuler.

Schizophrénie et démence précoce. — *Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes.* Genève, 1926 (122).

Chez deux déments précoces, le frère et la sœur, le premier est un type de schizophrénie, la seconde présente un état démentiel simple, type Morel-Claude. Il semble donc que chez ces deux malades existait un même terrain morbide.

On peut se représenter, chez certains sujets, sous l'influence de facteurs héréditaires ou autres, une fragilité particulière du tissu cérébral qui pourra se traduire sous des influences diverses, organiques ou psychiques, par les manifestations mentales latentes et évidentes, avec des degrés divers du syndrome de Bleuler. On peut admettre aussi, que le même tissu est plus facilement vulnérable avec intoxications, à l'auto-intoxication pubérale en particulier, aux infections, au surmenage, etc., et que, sous l'une de ces influences, des lésions destructrices s'établissent, se traduisant par une démence dont l'électivité tient à la fragilité plus grande de certains centres fonctionnels. Il y aurait donc, et c'est d'ailleurs une conception que ne repousse pas M. Claude, une même maladie avec deux pôles extrêmes, l'un plus près de l'organicité, la démence précoce, l'autre plus fonctionnel, plus près de la schizophrénie. Chez mes deux malades, sur un même terrain, manifestations différentes, sans doute parce que fragilité plus grande chez la sœur (D. P.) ou agressivité toxique ou infectieuse particulière, ayant déterminé un processus encéphalitique.

Syntones, schyzoïdes et schizophrènes. Essai de schématisation. — *Paris Médical.* 1925 (106).

Sur le schéma 1, vous voyez le syntone, l'individu, permettez-moi l'expression nécessaire à mon explication, le plus normal. C'est un noyau dont l'écorce vous représentera la réception et l'action, si vous aimez mieux les sens et les muscles, en un mot tout ce qui met l'homme en relation, en contact avec le réel.

Au milieu, *pas très loin de l'écorce,* trois noyaux constituent le psychisme : intelligence, affectivité, volonté; ces noyaux sont *étroitement unis* entre eux.

L'écorce est perforée de multiples fenêtres qui amènent au psychisme les notions venues du dehors et lui permettent d'agir sur l'ambiance.

La flèche schématise un acte normal: raison d'agir venue de l'ambiance (ce pourrait être aussi une raison intérieure, intra-psychique): il y a élaboration dans l'intelligence en liaison avec l'affectivité, enfin action raisonnée.

Le schéma 2 correspond au schizoïde. L'écorce est moins perméable,

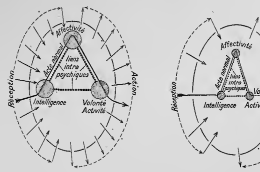


Fig. 22. — Le syntone (Schéma 1).

Fig. 23. — Le schizoïde (Schéma 2).

les fenêtres moins nombreuses, le sujet reçoit peu du dehors et lui rend peu. Le psychisme *s'éloigne* de la périphérie, le malade *s'intériorise;* mais il n'existe aucune désagrégation entre les fonctions psychiques; l'acte est rare, mais normal.

Avec le schéma 3, nous entrons dans le pathologique; le sujet, comme le précédent, *s'intériorise;* plus que celui-ci il a perdu le contact avec le réel; mais ici, les liens qui réunissaient entre elles les fonctions psychiques sont rompus; il y a désagrégation intra-psychique.

De l'*intériorisation* va résulter l'incuriosité, l'indifférence; la désagrégation, unie à l'intériorisation, va créer la *discordance.*

Les incitations du dehors n'atteindront pas le psychisme ou l'atteindront défectueusement, d'où des réactions inadéquates ou simplement

réflexes, se réfléchissant sur l'écorce du noyau. Des manifestations affectives, des actes (impulsions) se produiront spontanément, sans correspondre à des notions intellectuelles ou à des perceptions; chaque fonction agira pour son propre compte sans obéir à aucune directive, il y aura en somme anarchie intra-psychique (Stransky).

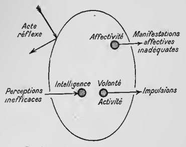


Fig. 24. — Le schizophrène (Schéma 3).

Psychose périodique et démence précoce. En collaboration avec M. le Professeur Claude. (*A paraître.*)

Quelques auteurs tendent à établir des analogies, sinon une identité entre la *démence précoce* et la *psychose périodique*. Une telle préoccupation est expliquée par l'existence de faits déconcertants, empruntant à l'une et à l'autre psychose, sa symptomatologie ou son évolution et classés selon les auteurs ou la théorie régnante dans l'une ou l'autre catégorie. La variabilité du pourcentage des deux maladies dans le même asile, selon les époques, et dans les différents établissements démontre éloquemment cette fluctuation du diagnostic (Kræpelin, Zendig, Garczynski, etc.)

Dans les cas difficiles, on arrive à décrire des formes *intermédiaires* (Seglas, Wieg, Wickenthal, Pfersdorff, W. Ruch Dunton, M[lle] Pascal), terme d'attente qui n'ôte rien à notre embarras lorsque, à propos d'un jeune malade, une famille anxieuse nous demande un pronostic, alors que nous sommes souvent sans diagnostic précis.

* * *

La division proposée, par l'un de nous, entre les divers faits ressortissant classiquement à la démence précoce, en *démence précoce vraie* et

schizophrénic nous met dans la nécessité de scinder les explications que nous proposons de faits en apparence contradictoires.

L'existence d'une *schizomanie périodique*, l'association de la constitution cyclothymique à la *schizophrénie*, ou même la simple rencontre des deux tendances (Ossipow) peut expliquer le rythme de certaines manifestations d'apparence schizophrénique avec complètes rémissions.

Pour la deuxième éventualité, la *démence précoce vraie*, la difficulté *semble* plus grande, parce que nous avons l'habitude d'attacher au terme démence la double notion de chronicité et d'incurabilité; mais cette habitude ne peut-on s'en affranchir? Ne parlerions-nous plus de démence paralytique parce qu'une thérapeutique appropriée pourrait *guérir* la paralysie générale? Est-il, d'autre part, illégitime d'admettre qu'un trouble *purement dynamique* des centres peut donner le même aspect clinique qu'une lésion définitive, avec la durée en moins? Ce trouble dynamique ne peut-il récidiver pour aboutir ou non à une lésion définitive, facteur de démence?

Mais, même si l'on conserve à la démence sa classique signification, sommes-nous incapables d'expliquer les faits ?

Là encore, la contradiction est surtout dans les termes.

Pour la plupart des auteurs, *démence précoce* signifie *démence primaire;* en même temps que démence du jeune âge. Cependant la signification exacte du mot ne correspond pas à cette idée: un incident survenu *précocement* dans une vie n'a pas nécessairement commencé avec la naissance, de même un incident psychopathique morbide *précoce* ne coïncide pas inéluctablement avec le début de la maladie mentale.

La *démence primaire* existe, elle est sans doute rare (Séglas), elle correspond à ces formes d'hébéphrénie simple (Hecker), d'idiotie acquise (Esquirol, Spurzheim), de démence précoce simple (Morel, H. Claude) où l'on voit un adolescent, parfois après un surmenage scolaire, perdre la facilité d'attention, le pouvoir de continuité de l'effort, la puissance de travail, puis sombrer rapidement dans la démence.

« A l'époque de la puberté, écrit Spurzheim, beaucoup de jeunes filles d'une constitution délicate, ayant des dispositions précoces et une imagination exaltée, deviennent mélancoliques, inactives, indifférentes aux objets qu'elles cherchaient auparavant. Elles finissent trop souvent dans une apathie générale ou dans la démence. »

La démence peut aussi être secondaire et *succéder* à un état mélancolique; à un accès d'excitation, à une phase confusionnelle, à un épisode délirant interprétatif ou hallucinatoire aboutissant à une phase démentielle *plus ou moins précoce*. Mais cette évolution n'est pas fatale, même chez les psychopathes jeunes. De même, nous l'avons vu, la catatonie de

Kahlbaum peut se terminer ou non par la *démence*. Tant que la première éventualité n'est pas réalisée, on n'est pas en droit de parler de *démence hébéphrénique* ou *catatonique*, mais seulement d'*hébéphrénie*, de *catatonie* (Bruggia).

Nous ne sommes plus surpris, désormais, des guérisons et des récidives. Le processus, peut-être *endotoxique*, de l'hébéphrénie, de la catatonie, du délire, a troublé le dynamisme cellulaire cérébral *temporairement*, et la même cause peut plusieurs fois reproduire le même effet (récidives), puis quand la cellule est atteinte définitivement, usée peut-être, c'est la démence.

La *précocité* de la démence tient sans doute à une *fragilité* cérébrale particulière; mais il y a des degrés à cette fragilité, le cerveau résistera donc plus ou moins longtemps, selon les circonstances. Reste à expliquer le cachet particulier à la démence précoce qui donne, à tous ceux qui en sont atteints, un certain air de famille. Il existe, sans doute, chez les candidats à cette faillite psychique, une fragilité cérébrale prédominante sur les centres de certaines tendances, de certaines fonctions qui, les premiers céderont à l'agression morbide. De cela, n'avons-nous pas la preuve dans les faits trop nombreux de démence précoce *familiale?*

La démence, ainsi conçue, survient donc comme un *accident;* elle peut compliquer un incident psychopathique quelconque et cet incident peut être la manie-mélancolie.

Les anciens auteurs, admettant la démence vésanique chez les vieux périodiques, ne la comparaient pas à la démence précoce.

Il ne s'agit pas nécessairement d'un tel aboutissant pour Garczynski, chez les périodiques devenus déments qui font l'objet de sa thèse.

Si la démence *secondaire* à ces états prend parfois l'allure de la démence précoce, c'est sans doute qu'elle atteint des sujets prédisposés et avant tout des sujets jeunes.

« Tout psychose, dit Schule, affaiblit l'intelligence même quand elle frappe un cerveau solide. L'obsession mélancolique qui détermine un arrêt intellectuel et anéantit la volonté, comme le tourbillon des idées qui se produit dans la manie, menacent la vie de l'intelligence. »

Si cet arrêt ou ce tourbillon répété se reproduisent indéfiniment, quelques cerveaux particulièrement résistants échapperont au désastre, et ceux-là ne perdront qu'un peu de leur éclat; d'autres, plus ou moins tôt, très tôt parfois (démence précoce) sombreront dans l'état démentiel.

Dans cette manière de voir, la manie-mélancolie conserve son individualité de maladie que lui reconnaît Ewald; il y a association de consti-

tution cyclothymique et de fragilité cérébrale, pouvant être du type démence précoce. Les accès de la psychose périodique ont détruit des cellules cérébrales fragiles.

Mais, chez ce même sujet, fragile, un processus toxique, endotoxique ou infectieux, facteur d'encéphalite, pourra révéler en même temps les tendances maniaques-dépressives et léser gravement le cerveau. C'est dans ce sens que l'on peut admettre une manie-mélancolie symptomatique, sans abonder dans le sens de Rittershaus, considérant la disposition maniaque-dépressive comme une fonction endogène commune à tous les hommes, la manie-mélancolie n'étant qu'un complexe de symptômes pouvant ressortir à une atteinte quelconque du cerveau d'ordre toxique, endotoxique, ou à des traumatismes psychiques.

Quant à la *schizophrénie*, si nous admettons qu'elle n'est pas une *vraie démence*, rien ne s'oppose dans notre conception à ce qu'elle aboutisse à la démence comme pourrait le faire un processus psychopathique quelconque, entraînant un hyperfectionnement ou un disfonctionnement cérébral.

Ce sont de tels cas que le langage populaire exprime en disant que la lame a usé le fourreau, mais l'usure sera d'autant plus rapide que moins résistant aura été le fourreau.

Troubles cénesthésiques

Idées de négation avec troubles cénesthésiques. En collaboration avec MM. Largeau et J. Marie. — *Société de Psychiâtrie.* 1927 (130).

Idées de négation. — *Semaine des Hôpitaux.* 1929 (161).

Cénesthésie et délires. — *Semaine des Hôpitaux.* 1929 (162).

Pour essayer d'expliquer la pathogénie des idées de négation, il faut, allant du simple au complexe, envisager la *négation objective,* avant la *négation subjective.*

Je vous ai montré dans ma précédente leçon comment la *méconnaissance* peut résulter d'une aperception ou d'une évocation insuffisantes, enfin d'une interprétation erronée, délirante; la négation est la conséquence logique de cette méconnaissance. Si je ne reconnais plus mon frère, je dis que je n'ai pas de frère. Lisez Griesinger, il écrit à propos de certains mélancoliques : « Cette confusion que fait le malade entre le changement subjectif des choses extérieures qui se produit en lui, et leur changement objectif ou réel, est le commencement d'un état de rêve dans lequel,

lorsqu'il arrive à un degré très élevé, il semble au malade que le monde réel s'est complètement évanoui, a disparu ou est mort et qu'il ne reste plus qu'un monde imaginaire au milieu duquel il est tourmenté de se trouver. »

Croire que l'on est dans un monde imaginaire, n'est-ce pas nier le monde réel? Combien de fois, lorsque nous rêvons, n'avons-nous pas conscience de l'irréalité, de la fantasmagorie du rêve. Le mélancolique est dans le même cas; mais s'il croit que ce qui l'entoure est fiction et rêve, de ce rêve il pense ne jamais sortir.

D'ailleurs, chez le mélancolique, il y a un autre processus plus important, l'*humeur négative*, que nous retrouverons, car elle fixe la négation subjective comme l'objective.

*
* *

Avant d'aborder l'étude pathogénique des idées de *négation subjectives*, traduction d'un sentiment de désagrégation de la personnalité, il convient d'abord d'essayer de déterminer par quoi est constitué le *sentiment de la personnalité*.

« L'objet de l'idée qui constitue l'âme humaine, écrit Spinoza, c'est le corps, rien de plus. »

C'est la même opinion qu'exprime Ribot. « C'est dans les phénomènes les plus élémentaires de la vie qu'il faut chercher les éléments de la personnalité. »

Ces phénomènes de la personnalité arrivent à la conscience par la sensibilité commune appelée dès 1840 par Henle *cénesthésie*.

La croyance en une cénesthésie bien qu'un tantinet mystérieuse, est plus satisfaisante pour expliquer la notion que nous avons de notre personnalité, que l'hypothèse de Jouffroy, admettant que nous connaissons notre corps par les sens comme les autres objets ambiants.

La *cénesthésie* est vraisemblablement localisée dans le sympathique, elle puise ses renseignements dans les viscères, dans les muscles, dans la peau, partout où est la vie végétative.

Ces renseignements, à l'état normal, demeurent dans le subconscient, et nous n'avons conscience de nos organes qu'à l'état de maladie.

Néanmoins, pour *un moment donné*, c'est la conscience de notre état cénesthésique qui exprime notre personnalité, mais *confrontée à nos souvenirs*.

Au demeurant, la conscience de la personnalité est au moins double:

état *actuel* cénesthésique, état *passé* mnésique. Il y a deux âmes dans mon âme, disait le Faust de Gœthe. Cette dualité de la conscience, il nous faut la retenir.

Admettons maintenant que cette cénesthésie soit troublée, ne précisons pas dans quel sens. Il serait trop simple, voire simpliste, de répéter après Schule, que l'idée de négation de l'estomac par exemple résulte d'une *acénesthésie* de l'organe. Quand on anesthésie l'estomac en sectionnant les racines dorsales chez des tabétiques, on n'obtient pas des idées de négation, les hémi-anesthésiques organiques qui ignorent une moitié de leur corps, ne la nie pas. Les cas d'*anosognosie* décrits par Babinski, où quelques hémiplégiques ignorent leur infirmité, solliciteraient des examens psychiatriques approfondis.

Le *trouble cénesthésique* quel qu'il soit, doit se traduire par un sentiment de *changement*, d'*étrangeté*. De même que le mélancolique tout à l'heure considérait comme irréel un monde qui ne correspondait plus à ses habituelles perceptions, maintenant il considère comme ne lui appartenant pas des organes qui ne sont plus représentés par des sensations normales; selon le cas l'organe sera nié ou perçu *transformé*.

L'explication de ces faits sera simplifiée si nous nous reportons de la partie au tout, de l'organe à l'ensemble du corps.

Soit une cénesthésie entièrement modifiée, chez un sujet qui a conservé le *souvenir* de ses états passés; son corps lui apparaît comme étranger à sa conscience, il en parle à la troisième personne: la personne de moi-même, disait la malade de Leuret, exprimant ainsi que le nouveau corps dépend d'elle et n'est pas elle-même. D'autre part, le premier corps, le seul vrai, n'étant plus, le *sujet est mort*, mais comme il continue de penser il ne mourra plus, d'où la contradiction si fréquente chez le même sujet, entre l'*idée de mort* et les *idées d'immortalité*.

La comparaison de Taine exprime admirablement l'idée de négation corporelle puis celle de transformation: « On ne peut mieux comparer l'état du patient qu'à celui d'une chenille qui, gardant toutes ses idées et tous ses souvenirs de chenille, deviendrait tout d'un coup papillon, avec les sens et les sensations d'un papillon. Entre l'état ancien et l'état nouveau, entre le premier moi (celui de la chenille) et le second moi (celui du papillon), il y a scission profonde, rupture complète; les sensations nouvelles ne trouvent plus de séries antérieures où elles puissent s'emboîter, le malade ne peut plus les interpréter, s'en servir, il ne les reconnaît plus, elles sont pour lui des inconnues. De là deux conclusions étranges: la première qui consiste à dire « je ne suis pas », la seconde un peu ultérieure qui consiste à dire « je suis un autre ».

Cénesthésie et délires. — *Semaine des Hôpitaux.* 1929 (162).

La cénesthésie a pour appareil nerveux le *sympathique;* la *cénesthésie*, a-t-on dit, est la conscience du *sympathique.* C'est une conscience d'ailleurs très spéciale, car son devoir strict est de demeurer dans l'inconscient.

On peut, à *l'état normal,* assigner trois rôles à la cénesthésie :

a) *Rôle régulateur du tonus affectif;*

b) *Rôle identificateur de la personnalité;*

c) *Rôle avertisseur de la vie organique.*



Sur le terrain morbide les troubles vont atteindre aussi les trois fonctions:

a) La *régulation de l'affectivité* est perturbée avant tout dans la *manie* et la *mélancolie,* psychoses essentiellement *affectives.* Est-il besoin de rappeler les délires *expansifs* du *maniaque,* les délires dépressifs du *mélancolique*? Bien plus, la perversion d'un tonus affectif exagéré fait naître l'*anxiété,* cette *émotion d'attente* dont les innombrables aspects englobent la presque totalité de la pathologie mentale.

b) Le *sentiment de la personnalité* peut être troublé par *transformation* ou par *dédoublement.* Acceptons, pour plus de netteté, sous les réserves précédentes, la *dualité de la personnalité;* mnésique ou spirituelle, cénesthésique ou organique, et nous aurons *schématiquement* les éventualités suivantes:

1° *La transformation de la personnalité* peut porter sur le *pôle spirituel* ou sur le *pôle organique.* Au premier groupe appartiennent ce que je propose d'appeler *délires de situation* (délires de grandeur, de filiation, etc.). Au deuxième groupe les *délires métaboliques:* la femme de Loth se voit transformée en statue de sel, la malade de Vurpas est muée en une femme de fer. Nabuchodonosor se figurait dans la peau d'un bœuf, les lycanthropes jadis, épouvantèrent la campagne. J'ai dit, d'ailleurs, le *délire métabolique* des Richelieu et des Condé.

2° Le *dédoublement de la personnalité* peut résulter aussi de l'évasion par l'un ou l'autre pôle: si c'est le *pôle spirituel* on a affaire aux mystiques, visionnaires, qui sont souvent des hystériques; si c'est le *pôle organique,* fait plus rare, ce sont des aspects semblables à celui de la malade présentée à ma dernière leçon, malade qui eut successivement trois person-

nalités et qui, devant vous-mêmes, s'est montrée se dédoublant, abandonnée par son *étoffe*, son individualité cénesthésique.

c) Je vous ai dit que, normalement, la *cénesthésie* ne nous renseigne pas sur le fonctionnement *régulier* de nos organes. Les notions cénesthésiques n'ont aucune place dans la conscience. Leur irruption insolite cause du *malaise*, de *l'anxiété*, un *sentiment d'étrangeté*, tous éléments pouvant être générateurs de délire.

Hypocondrie sans délire. — *Semaine des Hôpitaux*. 1929 (171).

La barrière est souvent mince entre l'état normal et le délire et le diagnostic entre les deux états n'est pas toujours aisé. La difficulté est plus grande encore entre deux états psychopathiques, de préciser si l'un n'est pas délirant.

Toute idée hypocondriaque est une *préoccupation de santé exagérée ou sans fondement*. Quelle pierre de touche nous permettra de dire, là il y a délire hypocondriaque et là hypocondrie simple?

On peut admettre en pratique, que le *délire apparaît avec la conviction*. L'hypocondriaque non délirant est un *menacé*, un inquiet qui demande soins et réconfort; le *délirant hypocondriaque* est un *condamné* qui se réfugie dans la mort ou dans la vengeance (persécuté hypocondriaque).

Pour faire du *délire hypocondriaque*, il faut un terrain *déterminant* (anxieux, paranoiaque, etc.) et un trouble cénesthésique localisant.

Pour faire de l'hypocondrie sans délire, il faut de l'anxiété et un trouble cénesthésique.

Nous avons vu que l'anxiété, *sentiment*, s'accompagne à l'ordinaire, de l'angoisse, *sensation*. *Troubles cénesthésiques, anxiété, angoisse*, ces trois termes vont nous permettre une division schématique de *l'hypocondrie sans délire*, selon qu'il y a prédominance de l'un ou l'autre symptôme.

a) *Prédominance du trouble cénesthésique:* les *cénesthopathes* de Dupré, véritables *hallucinosiques* de la cénesthésie;

b) *Prédominance de l'anxiété:* la *mélancolie avec préoccupations hypocondriaques* non *délirantes* et les *nosophobies* qui appartiennent à la *psychasthénie* de P. Janet;

3° *Prédominance de l'angoisse:* la *neurasthénie*.

En effet, les manifestations somatiques et viscérales de cette maladie ne sont autres que les *manifestations physiques de l'émotion* et l'angoisse

n'est pas autre chose. Dans la neurasthénie, l'anxiété peut s'être secondairement plus ou moins estompée, mais le branle a été donné aux fonctions, et la préoccupation anxieuse qu'entraîne nécessairement le trouble suffit à l'entretenir.

D'ailleurs, ces divisions ne sont-elles pas artificielles? L'observation de tous les jours montre qu'il n'existe aucune limite bien nette entre *mélancolie, psychasthénie* et *neurasthénie*, végétations morbides d'un même terrain: l'anxiété.

Troubles de l'identification

Illusion des sosies. En collaboration avec M. le Professeur Claude et M. Scheff. — *Société de Psychiâtrie.* 1929 (159).

Méconnaissance et fausses reconnaissances. — *Semainc des Hôpitaux.* 1929 (160).

Illusion des sosies. — *Gazette des Hôpitaux.* (*Sous presse*) (168).

Idées de négation. — *Semaine des Hôpitaux.* 1929 (161).

Fausses reconnaissances, illusion des sosies, méconnaissance, idées de négations, tels sont les syndromes dont j'entreprends la sommaire description; syndromes vraiment disparates, direz-vous justement; j'ajouterai: syndromes apparaissant au cours des maladies les plus disparates.

Cependant, ce groupement n'est pas, de ma part, un simple caprice, car j'ai la conviction qu'il existe entre ces éléments, en apparence divers, d'intimes parentés, une base commune, la *méconnaissance. Nier* le réel c'est le méconnaître, c'est le méconnaître aussi que de *faussement reconnaître*, c'est le méconnaître enfin que lui substituer la *fiction du sosie.*

Si cette explication psychologique apparaissait quelque peu subtile, je renverrais à l'observation solide des faits qui nous montre, souvent associés chez les mêmes malades, fausses reconnaissances, illusion des sosies, méconnaissance et idées de négation.

*
* *

Méconnaître, nous dit le dictionnaire, c'est n*e pas reconnaître.* Remarquez que ce dernier verbe a plusieurs acceptions: on reconnaît un ami,

une dette, un fait. On peut, dans les mêmes conditions, méconnaître, et vous verrez que la méconnaissance pathologique emprunte à ces diverses significations.

* * *

La méconnaissance objective porte:

a) Sur les personnes: le sujet ne reconnaît plus ses familiers, ou les autres individus.

b) Sur les identités: le malade n'accepte plus les liens familiaux, les situations de sujets divers: amis, médecins, infirmiers, etc.; rapidement d'ailleurs sont créées de *fausses identités* assimilables aux fausses reconnaissances.

c) Sur les lieux: le malade ne reconnaîtra plus le chemin qu'il a suivi, la maison où il a vécu, le paysage qu'il a contemplé, etc.

d) Sur les notions abstraites: le temps, la naissance, la mort.

e) Sur les événements quelconques.

La méconnaissance peut être *épisodique*, elle peut être durable, *systématique* (Capgras, Clérambault).

La méconnaissance peut être dite *objective* ou *subjective*, selon qu'elle porte sur l'*ambiance* ou sur les phénomènes d'ordre *psychologique* et *cénesthésique*. Ce dernier groupe est surtout représenté par les *idées de négation* qui feront l'objet d'une étude particulière, étant bien entendu que le syndrome des négations comprend des faits de *méconnaissance objective*.

Pour comprendre comment, logiquement, la méconnaissance peut faire partie de la sémiologie de quelques maladies mentales, il est indispensable de schématiser *la reconnaissance normale* prise dans sa commune acception.

Dans toute reconnaissance existent donc deux images, l'une présente, actuelle, perçue et *enregistrée*, l'*aperception* doublant, complétant, intellectualisant la *perception*, l'autre *passée*, *évoquée*, surgissant du *subconscient* par le mécanisme de la *mémoire*. Entre ces deux images, un triple lien, une *association d'idée*, un jugement ou *interprétation d'identification*, enfin un *jugement affectif*. Cette dernière notion plus subtile, interviendra lorsque je vous parlerai des sosies. Ce *jugement affectif* est le sentiment d'une perception habituelle, facile, *familière* (sentiment de familiarité) résultant d'un sorte d'emboîtement aisé de l'image *perçue* dans l'image

évoquée. En effet, tandis que la reconnaissance se fait en somme *automatiquement,* la connaissance exige au contraire un certain effort intellectuel.

Le schéma que je viens de tracer sous vos yeux s'applique à la reconnaissance au premier sens du mot: reconnaître un ami, un paysage, etc.; comment l'adapter aux autres acceptions qui nous intéressent, ou mieux aux autres acceptions de la méconnaissance? Méconnaître la mort d'un individu, par exemple, ce n'est pas associer l'image de sa mort actuelle à celle de sa mort passée! certes, mais à l'image que nous nous faisons de la mort. Un raisonnement analogue s'appliquerait à tous les cas, mais il n'y a pas lieu d'étendre cette digression.

Reprenons le schéma de la reconnaissance. La méconnaissance pourra résulter d'un trouble des trois segments. Le malade ne reconnaîtra pas, par trouble de l'*aperception,* l'image actuelle faisant défaut ou étant déformée, par trouble de l'*évocation,* le souvenir étant absent, par trouble du lien psychique qui réunit les deux images, en particulier de l'*interprétation.*

* * *

L'illusion des sosies, que je propose d'appeler *syndrome de Capgras,* est une *agnosie d'identification.* L'individu observé paraît ressembler à un sujet connu du malade, mais n'est pas lui.

Ce syndrome a pour base la méconnaissance, mais une méconnaissance *incomplète,* permettant la notion de ressemblance; l'illusion des sosies doit se présenter immédiatemnt à l'esprit; c'est une explication.

ÉTUDES MÉDICO-HISTORIQUES

A. — PSYCHO-PATHOLOGIE HISTORIQUE

A. — *Les psychopathies chez les Bourbons*

Louis d'Orléans: Le fils du Régent. — *Æsculape*. 1925 (100).

Un neveu du Grand Condé: Jean-Louis-Charles, duc de Longueville. *Paris Médical*. 1926 (121).

Un prince de Neuchâtel; dément précoce. — *XXXIe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes. Genève,* 1926 (222).

Un cousin de Richelieu: Armand-Jules de la Porte, duc de Mazarin. En collaboration avec M. MINOT. — *Æsculape*. 1927 (139).

Note sur le suicide du duc de Bourbon. — *Société française d'Histoire de la Médecine*. 1927 (138).

Je me suis attaché après Brachet, Cullerre, Dupré, Cabanès, etc., à l'étude psycho-pathologique des Bourbons; les travaux précédents seront complétés par une étude déjà avancée sur les *descendants du Grand Condé.*

Le chef de la Maison de Bourbon, Robert de Clermont, sixième fils de Saint Louis est un *maniaque*. Un de ses descendants, Loys de Bourbon, est mélancolique, *mélancolique* sa sœur Jeanne de Bourbon, mère de *Charles VI, maniaque,* et du duc d'Orléans que nous retrouverons.

La branche cadette des Bourhons, branche de la Marche, nous conduit à François de Bourbon, père d'Antoine de Bourbon, chef de la Maison royale de France et de Louis de Bourbon, chef de la Maison de Condé.

La Maison royale de France compte Louis XIII, Louis XV, *déprimés* constitutionnels, Gaston d'Orléans, *déprimé,* Philippe d'Orléans, *homosexuel,* Louis d'Orléans, *mélancolique avec délire de méconnaissance.*

La branche des Condé est plus riche encore en psychopathie, à cause de deux alliances: du Grand Condé avec Clémence de Maillé-Brézé, de Marie-Anne-Geneviève de Bourbon avec le duc de Longueville.

Au Grand Condé, dont une crise de *folie à double forme* fut traitée



Fig. 25. — Jean-Louis-Charles, duc de Longueville.

par Bourdelot, Clémence de Maillé-Brézé, probablement *mélancolique*, apporte la lourde hérédité des Richelieu.

Un frère du cardinal aurait été aliéné, Richelieu, lui-même, mais c'est la Palatine qui le dit, aurait eu du délire de *transformation*. Nicole du Plessis, sœur du cardinal, internée au château de Saumur, est atteinte de *délire métabolique*. Un cousin du cardinal, Armand de la Porte de la

Meilleraie, duc de Mazarin, excentrique mystique, fait aussi du *délire métabolique.*

Les deux hérédités pathologiques convergentes avec le Grand Condé



Fig. 26. — Le Duc de Mazarin.

et Clémence de Maillé-Brézé, donnent Henry-Jules, dont le *délire métabolique* est célèbre, puis Louis III de Bourbon, dont la violence et la cruauté sont pathologiques et les enfants du duc de Bourbon tous anormaux. La race se termine par le *suicide anxieux,* à Saint-Leu, du duc de Bourbon.

L'alliance avec les Longueville additionne les tares des Bourbons, car les Longueville descendent de Dunois, bâtard du duc d'Orléans, frère de Charles VI, *maniaque*, fils de Jeanne de Bourbon, *mélancolique;* de cette union résulte Jean-Louis-Charles, *dément précoce.*



Fig. 27. — Louis d'Orléans.
(Miniature du Musée Condé, à Chantilly).

B. — ***Régicides et magnicides***

Louvel le magnicide. En collaboration avec M. Denis Pigot. — *L'Hygiène Mentale.* 1929.

Ravaillac. En collaboration avec M. Gendreau. — *Paris Médical.* 1929.

Suicide et homicide pathologique. — *Progrès Médical.* 1928 (153).

Depuis longtemps, la lecture du remarquable petit ouvrage du Pro-

fesseur Régis sur les régicides, m'avait incité à essayer, non pas de le compléter, mais de le développer. Régis, en effet, se défend d'avoir fait une œuvre historique, et se limite exclusivement à l'étude psychiatrique. J'ai pensé que l'exposition des faits qui précédèrent, accompagnèrent et suivirent le meurtre des grands personnages de l'histoire, ne serait pas sans intérêt pour éclairer la psycho-pathologie de leurs meurtriers. Dans cette tâche, j'ai trouver pour me seconder, des collaborateurs qui ont bien voulu compléter les documents par moi déjà recueillis; je caresse l'espoir, grâce à eux, de mettre sur pied, en quelque temps, l'étude complète des principaux régicides et magnicides.

Les premières de ces études sont les thèses de M. Gendreau sur la « Vie tourmentée de Ravaillac », et de M. Denis Pigot sur « Louvel », toutes deux en 1928.

Louvel

Louvel était atteint d'une psychose chronique caractérisée par le développement d'un délire systématisé, sans intervention d'éléments hallucinatoires et évoluant indépendamment de tout affaiblissement intellectuel. Un *orgueil* incomparable l'a porté à se considérer comme très supérieur à son milieu, à dédaigner l'opinion de ses semblables et à se croire l'élu de la Patrie, pour redresser les erreurs de tout un peuple, tout en conservant le souci constant de passer à la postérité. Une *méfiance*, poussée à un degré extrême, a orienté son esprit vers une tendance à la persécution et lui a permis de cacher pendant six ans, ses idées délirantes. L'*inadaptabilité* a fait de lui un instable, un vagabond et l'a rejeté dans la solitude. Un *esprit faux* lui a fait méconnaître la relativité des règles sociales, et, le trompant sur sa propre valeur, l'a incité à réformer le monde au lieu de poursuivre la transformation de lui-même; en interdisant toute autocritique, cette défectuosité de l'esprit a occasionné le développement d'un paralogisme autour duquel Louvel a systématisé un délire tendant à la destruction d'une famille royale qu'il considérait comme un obstacle à l'accomplissement des destinées de la Patrie. Ce fonds mental a été l'exagération de tendances manifestées dès l'enfance (insociabilité, autodidactisme, défaut de critique, jalousie, entêtement). L'ensemble de ces caractères impose, chez Louvel, le diagnostic de *paranoia* avec *délire de revendication altruiste*, sans interprétation prépondérante.

Par ailleurs, un doute obsédant qui n'a quitté son esprit qu'à de courts intervalles, une irrésolution manifeste jusqu'à la dernière minute de sa vie, un état d'inquiétude pénible, accompagnant le conflit qui se livrait à

l'intérieur de lui-même, une activité anxieuse avec insomnie et respiration difficile et entrecoupée, l'attention devenue impossible, sont autant d'éléments dépressifs, du type psychasthénique, ou mieux, *anxieux*, surajoutés à la constitution paranoiaque.



Fig. 28. — Louis-Pierre Louvel.
(Dessiné sur la place de Grève en montant à l'échaffaud.)

La question de la responsabilité, du point de vue médico-légal, n'est pas discutable. Louvel est un irresponsable. Socialement la question est autre.

Ravaillac

Les régicides ou magnicides *vrais* sont représentatifs au plus haut degré des délires dits altruistes.

Le délirant altruiste régicide est avant tout un paranoiaque du type revendicateur.

Ravaillac ne fait pas exception à cette règle. Son hérédité chargée, ses antécédents personnels, son orgueil, la fausseté de son raisonnement, sa vie solitaire, son inadaptabilité, sa tendance à se manifester par des écrits, sont autant d'éléments qui permettent ce diagnostic.



Fig. 29. — Ravaillac.

L'exaltation de Ravaillac, le caractère obsédant de l'idée meurtrière, les hésitations, l'angoisse qui précédèrent l'acte, complètent ce diagnostic. Ravaillac est le type du revendicateur altruiste.

Les hallucinations visuelles, peut-être tactiles, signalées épisodiquement, ne viennent pas infirmer ce diagnostic. De tels phénomènes sont courants chez les *mystiques, même non habituellement hallucinés.* Chez Ravaillac, les privations, les fatigues, la prison, ont pu favoriser la formation d'éléments oniriques.

Il ne paraît pas douteux que Ravaillac fut un aliéné, et que son supplice fut injustifié *médicalement*.

Mais en pareille matière, et même après le XVIIe siècle, il ne semble pas que les raisons d'ordre médical l'aient jamais emporté dans les jugements des hommes.

Conclusions

Ravaillac et Louvel, comme la plupart des régicides, appartiennent au groupe de ces délirants dits altruistes, dont le délire naît sur un fond paranoïaque. Paranoïaques, ils le sont tous deux incontestablement, bien que les caractères soient plus nets chez le second, cela résultant peut-être d'une plus riche documentation, étant plus facile de s'instruire sur des faits de 1820 que de 1610.

Les deux régicides sont des *vaniteux*. Ravaillac est surpris de ne pas être acclamé par la foule, comme un bienfaiteur de la patrie. Louvel, tout le long de son procès, montre sa vanité incommensurable. Ce sont des *méfiants;* cette méfiance est nette surtout chez Louvel, incessamment soupçonneux. Ce sont des *insociables*, et l'un et l'autre, dès l'enfance, ont vécu pour eux-mêmes et en eux-mêmes, fuyant le monde. Ce sont des *autodidactes*. Louvel, nous l'avons vu, a accumulé les lectures qu'il a mal assimilées, et Ravaillac, qui discute volontiers de théologie, a certainement aussi compulsé les Ecritures. Tous deux sont *instables*, se fixant difficilement, changeant à tout propos de profession, de patron et de cieux. Ce sont enfin, essentiellement, deux sujets à jugement faux, *paralogiques*. Ravaillac, catholique fervent, se rappelant les luttes anciennes entre huguenots et catholiques, ne pardonne pas son origine calviniste au Roi, devenu catholique, et qui fait le bonheur de son peuple. Louvel, de toute l'histoire de l'Empire, n'a retenu qu'un épisode: sa fin, et un fait: le retour des Bourbons avec l'étranger. Toute sa foi patriotique s'est concrétisée dans cette pensée que les Bourbons sont les ennemis de la France, et que leur disparition y ramènera le bonheur. Les deux régicides font une sorte de délire mystique, mais chez l'un, ce mysticisme est religieux; chez l'autre, il est patriotique. Chez tous deux enfin, l'idée meurtrière a pris le caractère incoercible, *obsédant*, de ces idées délirantes, dites prévalentes; délires de paranoïaques, incontestablement tel est le diagnostic que l'on peut porter sur Ravaillac comme chez Louvel.

Chez le premier, on signale des hallucinations tactiles et visuelles épisodiques. S'agit-il d'abord, de véritables hallucinations ou de représentations mentales excessives, visions imaginaires, fréquentes chez tous les

mystiques? C'est fort possible. D'autre part, chez le meurtrier d'Henri IV, ces phénomènes épisodiques ne surviennent qu'après un surmenage intensif ou au cours de la vie particulièrement pénible de la prison. On peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une association auto-toxique sous forme d'onirisme. Chez Louvel, les hésitations, les scrupules, les doutes, permettent d'envisager la possibilité des associations à la constitution paranoiaque, d'éléments de la constitution anxieuse ou psychasténique.

A ces *délirants paranoiaques* que sont la plupart des magnicides, nous nous proposons d'opposer les magnicides *passionnels* dont le type est Charlotte Corday.

C. — **Lord Byron.** — *Semaine des Hôpitaux.* 1927 (144).

Combien étrange, combien contradictoire fut sa vie! Etrange et contradictoire comme son caractère.

La nature, dès sa naissance, l'avait marqué du sceau de cette contradiction, le faisant par le sommet à l'image des dieux,

Il portait sur son front sa superbe origine.

le rattachant par la base à la plus pitoyable, à la plus infirme humanité.

Sa vie fut toute de contradictions, de contrastes. Né dans l'obscurité, voire dans la gêne, il était à six ans l'un des premiers pairs du royaume; élève médiocre et indocile, plus occupé de lectures romanesques que d'études, à peine au sortir de l'école « il se réveille un matin célèbre » et consacré grand poète. Porté d'abord au pinacle, il doit, quatre ans plus tard, quitter son pays sous les huées, après les plus atroces humiliations; époux sans femme, père sans enfant, citoyen sans patrie, il éparpille son cœur à toutes les auberges de sa route et donne sa vie pour une patrie étrangère.

Son caractère, reflet de sa vie, est fait aussi de contradictions et de contrastes; son âme est un mélange de lumière et d'ombre: ce sont des enthousiasmes succédant au plus *noir* pessimisme, une gaieté exubérante alternant avec des tristesses non motivées, une activité débordante suivie d'une inertie qui ne permet plus aucune action. « Tous les contrastes dans une même personne et poussés jusqu'à l'extrême », nous dit Roger Boutet de Monvel qui, dans son ouvrage sur Byron, se montre l'historiographe le mieux documenté et le psychologue le plus pénétrant. « Il est énergique, il est hésitant, il est influençable, il est têtu, généreux et plein de rancune, expansif, renfermé, simple, hautain, amer, enjoué, déclamatoire; on le voit tour à tour prendre les attitudes les plus diverses et,

suivant l'expression d'un intime, passer de Jupiter à Scapin. » (B. de Monvel.)

Dans cette fine analyse psychologique, il est facile au psychiâtre de reconnaître la psychose faite essentiellement de contrastes, la psychose protéiforme dont les éléments en apparence contradictoires s'opposent, se succèdent, se mêlent, véritable Janus dont une face est un rire satanique,



Fig. 30. — Lord Byron en 1821, par Camuccini.

l'autre un rictus atrocement douloureux, j'ai nommé la manie-mélancolie, la psychose maniaco-dépressive des Allemands.

A la question de Moreau (de Tours), le génie est-il une névrose ? répondrai-je avec lui: Pourquoi pas? Ce n'est pas la question qui m'occupe aujourd'hui, mais s'il m'arrivait de partager l'opinion du célèbre aliéniste, je serais en assez bonne compagnie.

En effet, Aristote n'a-t-il pas dit que le génie est un mélange de raison et de folie, *mixtura dementiæ*. Sautons les siècles. Diderot parlant des hommes de génie: « On les enchaîne, on les enferme ou on leur élève

des statues. » Lamartine, dans un langage plus imagé, exprime une opinion analogue: « Le génie porte en lui un principe de destruction, de mort, de folie comme le fruit porte le ver »; et Byron lui-même: « Le poète ne peut atteindre le plein épanouissement de son génie s'il n'est malade de corps et d'esprit, *mens insana in corpore insano.* »

Quelque intéressante que soit une thèse qui s'appuie sur des exemples célèbres, je ne la développerai point ici et veux simplement essayer de démontrer, d'abord, que le processus psychologique qui conditionne l'accès maniaque et l'accès mélancolique, se rapproche du processus de l'inspiration poétique, puis, que Lord Byron était atteint de manie-mélancolie.

Les Grecs n'avaient qu'un seul mot, *mania,* pour traduire l'enthousiasme propre au poète et la frénésie de la folie furieuse.

La manie, vous le savez, est caractérisée par l'hyperidéation, l'hypermnésie, cet afflux de souvenirs qui envahissent automatiquement la conscience; c'est en même temps, bien entendu, dans la forme légère, un état d'euphorie, de travail facile, des rapprochements ingénieux, qui se traduisent même quelquefois par un langage rythmé et rimé; c'est le sentiment agréable que le travail intellectuel se fait automatiquement sans l'effort de la volonté; cette élaboration automatique est essentiellement le fait de l'inspiration.

Swift qui fut un grand psychopathe, dont le nom revient souvent avec terreur dans la correspondance de Byron, écrit: « Mes imaginations prennent aisément le mors aux dents et sont merveilleusement disposées à s'enfuir avec ma raison, laquelle, comme je l'ai observé par une longue expérience, est un cavalier mal assis et qu'on désarçonne aisément. »

Un de mes maniaques, qui d'ailleurs n'avait rien d'un poète, me disait: « Mes idées vont plus vite que moi »; et Lamartine, qui, lui, n'avait rien d'un maniaque: « Je ne pense jamais, ce sont mes idées qui pensent en moi. »

Gérard de Nerval, qu'un accès de mélancolie devait pousser au suicide près de la place du Châtelet, exprime ainsi ses accès maniaques: « Parfois, je croyais ma force et mon activité doublées, il me semblait tout savoir, tout comprendre; l'imagination m'apportait des délices infinies. En recouvrant ce que les hommes appellent la raison, faudra-t-il regretter de les avoir perdues? »

Les poètes expriment la même idée sous une forme plus harmonieuse:

On ne travaille pas, on écoute, on attend,
C'est comme un inconnu qui vous parle à l'oreille.

A. de Musset.

Je chante, mes amis, comme l'homme respire,
Comme l'oiseau gémit, comme le vent soupire,
Comme l'eau murmure en coulant.

LAMARTINE.

Byron éprouve le même automatisme; mais chez lui, il a un caractère douloureux qui le rapproche de l'obsession: « Le besoin d'écrire bouillonne en moi comme une torture dont il faut que je me délivre. » Et ailleurs: « C'est comme une rage qui me prend, il faut que je me vide la cervelle ou je sens que je deviendrais fou. »

A un examen superficiel, la mélancolie avec son inertie et son ralentissement psychique semble devoir peu favoriser l'inspiration poétique; mais il ne faut pas oublier que l'élément primordial de la mélancolie est de l'ordre affectif, c'est l'*anxiété*, qui n'est, en somme, qu'une émotivité exagérée. Peut-on concevoir un poète sans émotivité?

L'émotivité du poète est cette faculté de vibrer aux sentiments, aux idées, aux spectacles de la nature, au contact de tous les êtres animés; cette vibration, Byron l'avait au plus haut degré, et de lui Lamartine a pu dire: c'est une « vibration de la fibre humaine aussi forte que le cœur de l'homme peut la supporter sans se rompre ». C'est cette émotivité qui, de l'imagination passive, simple évocation des souvenirs, fait une faculté vraiment créatrice. Le poète est un créateur; quand il croit dépeindre, il transfigure; quand il croit décrire, il transpose; quand il croit traduire, il crée.

En faisant dériver le mot poète de « poiein », créer, qui est l'attribut de la divinité, les Grecs lui ont reconnu un caractère divin. Il est bien « l'enfant déchu d'une race divine ».

Il y a de la création dans toute pensée poétique, qu'elle s'exprime en prose ou en vers, ou simplement dans la rêverie du plus humble, la poésie étant « l'épanchement du rêve dans la réalité. » (G. de Nerval).

Du poète comme du soleil, on peut dire avec celui qui fut aussi un grand poète: « Sans lui, les choses ne seraient que ce qu'elles sont », et sincère était l'enthousiasme douloureux de Walter Scott, s'écriant en apprenant la mort de Byron: « Le soleil vient de s'éteindre. »

Si l'inspiration poétique a le même mécanisme que la manie-mélancolie, les effets en sont tout de même différents: « Depuis que l'on sait que le diamant est du charbon, a-t-il perdu de sa valeur? (Ribot.) » Ce n'est pas ôter au génie de Byron que montrer la tare psychique du poète.

Il n'est pas facile d'écrire l'observation médicale d'un sujet mort depuis plus d'un siècle, surtout quand ce sujet a été aussi discuté que le

fut Byron. L'œuvre du poète, même lorsqu'il s'agit, comme c'est le cas, d'un poète lyrique qui extériorise dans ses poèmes sa personnalité tout entière avec ses beautés et ses laideurs, n'est pas une source certaine à laquelle on peut puiser; le poète exagère, et lorsqu'il s'agit de Byron, cette exagération est une véritable pose. Cette pose, on la retrouve dans la correspondance et dans les fragments du journal que Thomas Moore a publiés; néanmoins, certains éléments recueillis dans ces documents sont précieux; précieuses aussi les opinions des contemporains si l'on fait abstraction dans les ouvrages consultés des haines et des jalousies mal dissimulées ou des enthousiasmes intéressés.

De l'étude de ces différents documents, il résulte sans aucun doute possible que Byron fut atteint de manie-mélancolie. Si l'on possédait la totalité du journal confié à Thomas Moore en 1819 et partiellement détruit après la mort du poète, il est probable que l'on arriverait à tracer une véritable courbe *cyclothymique;* en l'absence de ce précieux document, les seules conclusions auxquelles nous arrivons sont l'existence de cinq crises caractéristiques de mélancolie alternant avec des états d'excitation; il est possible que, dans quelques cas, les éléments morbides associés constituèrent des états mixtes du type Kraeplin. Pour être complet, il faudrait faire état des excès d'alcool et de laudanum, les premiers surtout, ayant pu déclancher les accès.



Fig. 31. — Les armes de Byron.

B. — HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Monsieur Hamon, médecin de Port-Royal. — *Semaine des Hôpitaux*. 1928 (154).

L'abbé Bourdelot, médecin des Condé. — *Semaine des Hôpitaux*. 1929 (178).



Fig. 32. — Bourdelot.

Un médecin du grand siècle: l'abbé Bourdelot. *Thèse* Denichou. 1928.

La querelle de l'antimoine. Essai historique. — *Thèse* Pilpoul. 1928.



Fig. 33. — Guy Patin.

Fagon. — *Thèse* de la Guerenne. (*En préparation*).

De quelques procès célèbres. L'annulation du mariage pour cause d'impuissance. Le procès de Gesvres. — *Paris Médical.* 1927 (143).

Ces différents articles feront partie d'une *Histoire de la Médecine et*

des Médecins Français au XVIIe siècle, presque achevée, et dont les chapitres suivants sont terminés :



Fig. 34. — Théophraste Renaudot, Docteur de l'Université de Montpellier (12 juillet 1606). Créateur du journalisme en France. Premier numéro de *la Gazette*, paru le 30 mai 1631.

I. Les *doctrines médicales; l'anatomie;* la *sémiologie;* les *maladies et leur thérapeutique particulière;* la *thérapeutique; l'obstétrique.*

La *Faculté de Médecine de Paris*, la *Faculté de Médecine de Montpellier;* les *Facultés de province;* les *Hôpitaux de Paris;* les *consultations gratuites;* le *Jardin Royal.*

La *circulation;* la *guerre de l'antimoine;* la *chirurgie et les chirurgiens;* les *apothicaires.*

Les *privilèges des Médecins; Médecins du roi et des grands;* la *clientèle de ville;* les *à-côté de la Médecine;* les *empiriques;* le *chevalier Digby; Madame Foucquet;* les *sages-femmes.*

II. Hamon; Bourdelot; Gui Patin; Renaudot.



M. Hamon, médecin de Port-Royal.

M. Hamon naquit le 2 janvier 1618 à Cherbourg, qui s'est honoré en donnant son nom à l'une de ses rues. Il appartenait à une famille médicale, puisque son oncle maternel, Pierre Hommest, sieur de Rombec, exerça la médecine à Paris où il fut docteur régent de la Faculté, puis à Cherbourg où il remplit les fonction d'échevin. De son enfance, nous ne saurions rien sans ses touchantes « relations de plusieurs circonstances de sa vie », où d'ailleurs le saint homme affecte de se donner tous les défauts. C'est ainsi qu'il se dit vaniteux, ayant grand désir d'être aimé et estimé de ses maîtres; orgueilleux, « dès ma plus tendre enfance, je n'ai jamais aimé être repris par personne » et, chose plus terrible, gourmand; il considère comme une marque particulière de la bienveillance divine le fait d'avoir échappé aux conséquences de l'éboulement d'une maison le jour des Rois, alors que la veille en digne bas Normand, il s'était livré à un péché que nous trouvons bien véniel; studieux et pieux dès le jeune âge, il lisait et annotait les proverbes de Salomon, auteur auquel plus tard il consacrera un ouvrage en quatre volumes.

Il fit probablement ses premières études à Valognes, et, dans sa thèse, M. Lecharpentier nous apprend qu'il les termina au Lycée d'Harcourt, actuellement Lycée Saint-Louis. C'est alors qu'il noua des relations avec Achille de Harlay, futur premier Président du Parlement, dont il fut quelque temps le précepteur et toujours l'ami.

Il entra à la Faculté de Médecine en 1642, et les vénérables registres conservent et l'énumération de ses thèses, dont je vous éviterai la latine nomenclature, et sa signature, et les éloges dithyrambiques qui saluèrent ses principaux actes universitaires.

Le 19 juin 1644, dans une séance mémorable, Jean Hamon, simple bachelier, fut chargé par le doyen, lors de la cérémonie dite *acte des Paranymphes*, de faire l'éloge de la Faculté, et s'acquitta de cette fonction avec éloquence. L'année suivante, il prononça l'éloge funèbre du président Amelot, bienfaiteur de la Faculté.

Le 10 décembre 1646, il recevait le bonnet de docteur, et était nommé le 10 janvier 1647, docteur régent, ce qui correspond sensiblement à notre agrégation actuelle élargie.

M. Hamon, grâce à l'influence de son ami de Harlay, fut immédiatement un médecin à la mode. On le vit, revêtu de riches habits, visitant la clientèle aristocratique et bourgeoise. Il fut même recherché par un de ses confrères, qui voulut lui donner sa fille.

Tous ces beaux projets furent abandonnés le jour où M. Hamon,

« touche de Dieu », décida d'abandonner le monde « au temps de ses caresses et de ses séductions ». Ce ne fut d'ailleurs pas sans lutte entre les charmes de la vie mondaine et l'amour, qui se faisait de plus en plus puissant en lui, de la solitude et du silence. M. Duhamel, curé de Saint-Méry, qui le dirigeait, avoue « qu'il lui en avait coûté deux ans pour enfanter ce savant médecin à Jésus-Christ ». Il fut aidé dans cette tâche



Fig. 35. — M. Hamon. (D'après Philippe de Champaigne.)

par M. Singlin, qui tenait, oserai-je dire, bureau de placement pour saints, et fut le grand pourvoyeur de Port-Royal. M. Hamon avait le secret désir de s'y retirer, mais « il se croyait indigne d'habiter parmi les saints »; il eut d'abord quelques velléités pour les Chartreux, puis en juillet 1650, après avoir vendu tout ce qu'il possédait et distribué le produit aux pauvres, il entrait à Port-Royal des Champs « comme nous souhaitons entrer au Paradis ».

* * *

M. Hamon arrive à Port-Royal conscient de son humilité; il se considère, pour les solitaires, comme un de ces bagages inutiles que traînent

après elles les armées, *inter impedimenta exercitus*. Il demande la dernière place, le bout de la table; il « ne faut pas aller bien loin pour se mettre au bout de la table. il ne faut pas sortir pour cela, il ne faut qu'entrer en soi-même ».

Venu pour trouver à Port-Royal la solitude et le silence, M. Hamon se consacre d'abord aux travaux de la terre, mais les Arnauld savent utiliser les compétences, et M. Hamon devient bientôt le secrétaire d'Antoine Arnauld. Il n'était pas à Port-Royal depuis un mois que la Mère Angélique s'aperçut qu'il n'y avait plus de médecin à l'abbaye. M. Pallu, était mort en effet le 22 mai; M. Pallu était un tout petit médecin, il s'était fait bâtir dans le monastère une toute petite maison, le petit Pallu, et faisait ses visites à la campagne sur un tout petit cheval. Je ne sais si grand était son savoir, mais très grand était son savoir-faire. « Guillcret plus que morose », c'était le médecin accommodant. Quand quelque malade montrait de la pusillanimité pour la saignée, il préconisait volontiers la purgation, et quand cette dernière froissait quelque délicatesse, il recourait volontiers à la saignée. « On avait presque de la joie de tomber malade, afin d'avoir le plaisir de jouir de ses entretiens, et on le désirait encore plus sans comparaison pour l'agrément de ses conversations, que pour l'utilité de ses ordonnances (Fontaine) ». M. Pallu acceptait volontiers la discussion de ses diagnostics et de sa thérapeutique, car à Port-Royal comme ailleurs, tout le monde se croyait apte à parler médecine. Lisez l'intéressant Mémoire de du Fossé, l'un des plus brillants élèves des petites écoles; vous y trouverez une importante partie médicale sur laquelle le distingué secrétaire général de la Société d'Histoire de la Médecine, M. Fosseyeux, a fait une intéressante étude; « un tiers de ces Mémoires, nous dira M. Brémond, est un appendice au Codex des bonnes femmes »; et il ajoute avec humour, « il y a vraiment trop de camomille dans le jardin de Port-Royal ». De nos jours, pour le plus grand malheur des médecins et des malades, la camomille croît dans tous les jardins, et ceux qui n'ont pas de jardin la font pousser sur leur fenêtre.

M. Hamon avait à prendre une lourde succession; il considérait, lui, la médecine comme un sacerdoce et n'admettait pas que l'on discutât ses décisions. « Dès qu'on ouvrait la bouche, selon la liberté qu'on avait toujours eue du temps du défunt pour représenter bonnement quelque chose et pour tâcher d'entrer en composition touchant quelque nouvelle saignée ou purgation dont il était fort libéral, on voyait un homme sourd et inflexible qui prenant un air sérieux et un ton grave, faisait sonner sa qualité de docteur en médecine et les quatre mille livres qu'elle lui avait coûtées. » Cela n'alla pas du tout avec les solitaires, et il arriva à

M. Hamon comme à certains médecins trop consciencieux, il fut abandonné de ses clients et remplacé par deux charlatans. L'un d'eux, médecin d'ailleurs, du nom de Duclos, appartenait à la religion réformée; il fut introduit par M. d'Andilly. Duclos soignait tous les maux avec les mêmes pilules et de bonnes paroles. L'autre, Jacques, était le cuisinier du duc de Luynes; ce dernier s'était fait bâtir un château à Vaumurier, à côté de l'abbaye; Jacques soignait par des poudres. Dans Port-Royal, où, il faut

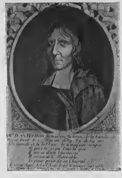


Fig. 36. — M. Hamon. (Cabinet des Estampes.)

l'avouer, l'esprit de contentieux régna toujours, il y eut bientôt lutte entre les partisans des poudres et ceux des pilules, la lutte fut si âpre qu'on alla jusqu'à en importuner les moribonds. « Le parti que je pris, écrit Hamon, pendant toutes ces petites brouilleries, fut de me déterminer au silence, qui est un remède innocent et qui ne gâte jamais rien. » Cependant, il ne laissa pas d'être un peu déçu de la « vivacité » avec laquelle on combattait « sa médecine »; « j'avais quelque faiblesse là-dessus », et il avouera que « franchement il s'était bien trompé, et qu'au lieu de trouver dans ce lieu des personnes parfaitement chrétiennes comme il se l'était promis, il était surpris d'en trouver même qui n'étaient pas bien raisonnables. »

M. de Saci apaisa « tout ce boulevarris », et, dit Besoigne, « M. Hamon reprit avec le même sang-froid, la conduite de ces Messieurs dans leurs maladies ».

M. Hamon, au point de vue doctrinal, est essentiellement, comme ses contemporains, un médecin hippocratique; il croit que la nature a des tendances, que le médecin doit dépister afin de les favoriser. C'est en se basant sur cette théorie, que pour éliminer les humeurs peccantes, il est volontiers prodigue, comme tous ceux de son temps de la saignée et de

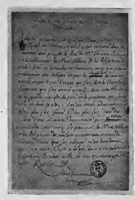


Fig. 37. — Le testament de Racine.

la purgation. Cependant M. Hamon n'est pas un réactionnaire en médecine; il accepte les médicaments nouveaux, l'opium, l'antimoine, voire le quinquina bien qu'importé par les Jésuites.

∴

M. Hamon, s'il croyait en Dieu, croyait aussi en la médecine; car « c'est une erreur de croire que les malades ne peuvent être guéris que par l'assistance divine. Dieu règne sur toutes les maladies, grandes et petites, sans exclure pour cela le secours de « la médecine ». Tant qu'une médication est possible, écrira-t-il, nous devons être médecins, par delà moi-même je ne le suis plus. »

Quand un malade se croyait possédé, il ne repoussait pas l'exorcisme, mais il prescrivait aussi un médicament pour chasser l'humeur peccante

où devait se complaire le démon; pareil à Ambroise Paré, il rapportait néanmoins à Dieu toutes ses guérisons: « Vous êtes le seul médecin dont les soins empêchent de mourir, et sans les soins de qui personne ne vit ». Le soir, il priait pour ses malades: « Seigneur, je vous confesse que je ne suis point médecin, afin que vous ayez pitié de mes malades, puisqu'ils sont comme des malades sans médecins », façon touchante d'appeler le meilleur consultant.

M. Hamon n'avait pas en lui-même une confiance absolue, « il craignait de mettre l'emplâtre à côté du mal ». « Je suis mal satisfait de mon peu de lumière », écrira-t-il à Brayer, lors de la dernière maladie de la mère Angélique; aussi n'hésite-t-il pas à appeler auprès de ses malades, même les plus pauvres, ou à consulter par correspondance, ses maîtres et ses collègues, Brayer, Dodart, Léger, etc.

*
* *

Le 25 août 1665, sur autorisation écrite de l'archevêque de Paris, M. Hamon rentre à Royal; ce jour-là, il entre dans l'histoire, il entre dans nos cœurs.

M. Hamon ne nous émeut pas parce qu'il va exercer son art dans des conditions particulièrement pénibles; nous avons vu les médecins français et les autres faire leur devoir dans la plus dure captivité; mais pour ces saintes femmes, privées de la nourriture céleste, de la confession et de toute consolation, il est le pain de l'âme, il est le confesseur, il est le consolateur; il est médecin, « deux fois médecin, comme saint Luc, il soignait les âmes en même temps que les corps ». Nous le reconnaissons, il est des nôtres; nous communions avec lui dans la pitié, cette religion commune à tous les hommes dignes de ce nom, quelles que soient leurs croyances, quelle que soit leur incroyance.

*
* *

M. Hamon a vieilli; c'est à cette époque que pour continuer de soigner ses malades dans les localités voisines, il prend une monture. Ce n'est pas le cheval, même le petit cheval de M. Pallu, trop grand pour lui, qu'il utilise; il imite « le triomphateur pacifique qui entrait à Jérusalem sur son ânesse. » (Sainte-Beuve).

Le voyez-vous, trottinant sur les routes difficiles qui vont des Granges à Saint-Lambert, à Magny-les-Essarts, à Boulay-les-Trous ? Voyez son corps amaigri par les jeûnes et les privations, insuffisamment protégé contre les intempéries par des vêtements sordides; voyez ce visage émacié

d'ascète qu'illumine un regard de foi et de bonté; ses yeux parcourent les lignes sacrées du livre posé sur un pupitre fixé à la selle, et tandis que ses lèvres murmurent les paroles d'amour, qui tout à l'heure réchaufferont l'âme des pauvres gens, ses mains tricotent la laine qui réchauffera leurs corps. Figure touchante! tableau vraiment évangélique: comment n'aimerions-nous pas M. Hamon? Il est toute la foi, toute la bonté, toute la tendresse humaine.

Le 22 mai 1685, nous savons que M. Hamon a présidé à Paris la thèse de Nicolas Brunel de la Carrière.

Sa santé est précaire. En avril 1679, il a eu une hémoptysie; en 1682, il fait de l'apoplexie et ne doit la vie qu'à un vœu fait par les religieuses à Notre-Dame de Chartres.

Le 30 janvier 1687, M. Hamon préside à Paris la thèse de J.-B. Dodart, fils de son ami Denis Dodart; le sujet proposé par lui est : *An in tanta multitudine medentium multi medici?* Ce fut le chant du cygne de celui qui fut digne parmi les plus dignes.

*
* *

M. Hamon n'ignore rien de sa situation. Il reçoit l'extrême-onction de la main de M. Eustace, confesseur, étant assis dans sa chaise. Il réunit les domestiques, leur demandant pardon « de ses impatiences et de son peu de charité ». Il absorbe un peu de vin, et dit alors: « Admirant l'effet de cette liqueur pour ranimer les personnes faibles, que c'était une figure et une ombre de l'effet que le sang de N.-S. J.-C. devait faire dans les âmes. » Denis Dodart passe à Port-Royal la nuit du 21 au 22. A trois heures du matin, il va voir le malade, qui est de plus en plus mal, et qui lui dit: « C'en est fait, ceci ira vite...» « Monsieur, Dieu m'appelle, il faut aller à lui. » Sa poitrine se charge à mesure que le ventre cesse de couler. Dodart veut essayer un nouveau breuvage « capable de rétablir promptement la liberté du ventre sans rien troubler ». Il sollicite d'ailleurs sur ce point l'avis médical du mourant; la thérapeutique est vaine. « N'ai-je pas assez vécu, dit-il à Dodart; ne suis-je pas bien heureux de mourir dans la maison des saints? » Parfois il murmure: « Quelle folie! », jugeant ainsi la vanité des choses humaines. Il fait inscrire par M. Eustace en gros caractères au bas de son crucifix, ces quatre paroles: *Haec a te passus sum. Haec pro te passus sum. Haec docui. Haec promisi.*

Vers la fin de la journée, s'adressant à la sœur Barbe qui l'a soigné avec dévouement: « Demandez pardon pour moi à nos sœurs de ce que je n'ai pas assez ménagé ce qu'elles me donnaient par charité, c'est-à-dire

le bien des pauvres. On a pu voir souvent de la chandelle allumée dans ma chambre durant la nuit; on croyait que je veillais, et souvent je dormais, et je laissais consumer ainsi le bien des pauvres par ma négligence et mon hypocrisie. » Quand un gémissement lui échappe, il s'excuse: « Que je suis faible et misérable! Si j'étais à la Trappe, on me mettrait en pénitence pour une seule plainte. » Ces paroles sont éloquentes sur les lèvres de celui qui écrivit: « Le silence est le plus bel ornement de la souffrance. »

Tout le jour il récite les heures canoniales, et quand on s'inquiète de son état, il répond: « Je ne puis ni vivre ni mourir. »

Au crépuscule, il demande à demeurer seul; le solitaire pour mourir souhaite la solitude absolue et quand un bruit vient troubler ses dernières méditations, sa voix mourante murmure: « Silence ».

*
* *

Le 22 février à huit heures du soir, il s'endormit dans le silence infini, pour la solitude éternelle; ainsi mourut M. Hamon, médecin, et l'un des solitaires de Port-Royal, « ayant vécu toute sa vie, écrira Dodart sur sa tombe, avec la même vigilance que si chaque jour en eût dû être le dernier ».



Fig. 38. — Cachet de la mère Angélique.

TABLE DES MATIÈRES

IMPR. L'UNION TYPOGRAPHIQUE. — VILLENEUVE-SAINT-GEORGES